



КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО МИНИСТРЛИГИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО

илимий-практикалык медициналык журналы

Научно-практический медицинский журнал

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА

№ 3 (спец.выпуск)

2012

ISSN 0490-1177

Научно-практический медицинский журнал
«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ КЫРГЫЗСТАНА».

“КЫРГЫЗСТАНДАГЫ САЛАМАТТЫКТЫ
САКТОО”

илимий-практикалык медициналык журналы

№ 3 (спецвыпуск) 2012

УЧРЕДИТЕЛЬ: Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

ТҮЗҮҮЧҮ: Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо министрлиги

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

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

Журнал входит в Перечень изданий для публикаций основных научных результатов диссертации
утвержденный Постановлением Национальной Аттестационной Комиссии Кыргызской Республики от
25.11.2005 г. №214 (пр. № д/э/с – 1/9). Бюллетень – 2006. №1.

Журнал Кыргыз Республикасынын Улуттук аттестациялык Комиссиянын Токтому менен
диссертациялардын негизги илимий жыйынтыктарын жарыялоочу басылмалардын катарына киргизилген
25.11.2005ж. №214 (3 д/э/с – 1/9). Бюллетень – 2006. №1.

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

Редакционная коллегия /Редакциялык жасмааты:

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

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

Калиев М.Т.

Кудаяров Д.К.

Мамбетов К.Б.

Мамытов М.М.

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

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

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

Редакционный совет /Редакциялык кеңеши:

Акимова В.А. (Ошская область)

Акунова Ж.К. (Ыссык-Кульская область)

Асылбеков Э.С. (Чуйская область)

Бердикожоева А. (Нарынская область)

Миянов М.О. (Жалал-Абадская область)

Нуралиев М.А. (город Бишкек)

Тороев С.Т. (Баткенская область)

Шадиев А.М. (Таласская область)

Научный совет / Илимий кеңеши:

Акынбеков К.У.

Бримкулов Н.Н.

Замалетдинова Г.С.

Кутманова А.З.

Куттубаев О.Т.

Тухватшин Р.Р.

Шаимбетов Б.О.

Брысов К.Б.

**Редакционный совет САКР: / КРСА нын
редакциялык кенеш:**

Калбаев А.А.- гл.редактор, Президент САКР, д.м.н.
/башкы редактор, КРСА нын президенти, м.и.д.

Абдумомунов А.О.- д.м.н./ м.и.д.

Арстанбеков М.А.- к.м.н./м.и.к.

Бакиев Б.А.-д.м.н. / м.и.д.

Куттубаева К.Б.-д.м.н./м.и.д.

Мамытова А.Б.-к.м.н./м.и.к.

Чолокова Г.С.-к.м.н./м.и.к.

Юлдашев И.М.-д.м.н./м.и.д.

Чойбекова К.М.-к.м.н./м.и.к.

Ответственные за выпуск:

Бакиев Б.А.- д.м.н.

Куттубаева К.Б.- д.м.н.

Чойбекова К.М.- к.м.н.

Спонсор «Eugomedex»

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I ВОПРОСЫ ИСТОРИИ, ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, РЕФОРМЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.....	4
II РАЗДЕЛ ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	11
III РАЗДЕЛ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	21
IV РАЗДЕЛ ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	39
РАЗДЕЛ V ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ.....	56
РАЗДЕЛ VII ОФИЦИАЛЬНАЯ ХРОНИКА.....	121
РАЗДЕЛ VII РАЗНОЕ.....	129

**I БӨЛҮК
СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ЖАРДАМДЫ УЮШТУРУУ
МАСЕЛЕЛЕРИ, СТОМАТОЛОГИЯЛЫК КЫЗМАТТЫ
РЕФОРМАЛОО**

**РАЗДЕЛ I
ВОПРОСЫ ИСТОРИИ, ЭПИДЕМИОЛОГИИ,
ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ,
РЕФОРМЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

УДК 616.31:006-07:614.4-07

**ПРОБЛЕМА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ
ИНФЕКЦИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ И РАЗРАБОТКА МЕР ИХ
ПРОФИЛАКТИКИ**

*Супиев Т.К., Аханов С.А., Каркимбаева Г.А.,
Кенбаев В. О., Искендиоров М.А., Кожабеков Е.М.*

Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова и Международный Казахско-
Турецкий университет им. Х.А.Ясави,
г.г. Туркестан, Алматы, Республика Казахстан

Резюме. Результаты клинико-микробиологических исследований, проведенные в нашей стоматологической и челюстно-лицевой клинике, позволили определить «эпидемиологическую цепочку» идентичных по биологическим свойствам штаммов микроорганизмов, выделенных из разных источников (больные, носители, внешняя среда). Следовательно, основные пути профилактики внутрибольничной инфекции должна быть направлена на разрыв этой цепи – возбудитель, средство передачи возбудителя и восприимчивость к инфекции организма человека.

Ключевые слова: эпидемиология, госпитальная инфекция, превентивные меры.

**СТОМАТОЛОГИЯЛЫК МЕКЕМЕЛЕРДИН
ИЧИНДЕГИ ИНФЕКЦИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ
ЖАНА АЛАРДЫН АЛДЫН АЛУУ БОЮНЧА
ЧАРАЛАРДЫ ИШТЕП ЧЫГУУ**

*Супиев Т.К., Аханов С.А., Каркимбаева Г.А.,
Кенбаев В. О., Искендиоров М.А., Кожабеков Е.М.*

С.Д. Асфендияров атындагы Казак улуттук

медициналык университети жана Х.А.Ясави
атындагы Эл аралык Казах-Түрк университети,
Түркестан шаары, Алматы шаары, Казахстан

Корутунду. Стоматологиялык жана жаак-бет клиникаларында өткөрүлгөн биздин клиникалык-микробиологиялык изилдөөлөрүбүздүн жыйынтыктары, ар түрдүү булактардан (оорулуулар, оору алып жүрүүчүлөр, тышкы чөйрө) бөлүнүп чыккан микроорганизмдердин штамдарынын биологиялык касиеттери боюнча идентивдүү “эпидемиологиялык чынжырчасын” аныктоого мүмкүнчүлүк түздү. Оорукана ичиндеги инфекциялардын алдын алуунун негизги жолдору адамдын организминин инфекцияга тез кабылуусуна жана козгогучтардын жугуусуна каршы, козгоочу-чынжырларды үзүүгө багытталышы керек.

Негизги сөздөр: эпидемиология, госпиталдык инфекция, алдын алма иш чаралар.

**THE PROBLEM OF NOSOCOMIAL INFECTION
IN DENTAL OFFICES, AND MEASURES TO
PREVENT THEM**

*Supiev T. K., Akhanov S. A., Karkimbayeva G. A.,
Kenbayev V. O., Iskendiroy M. A., Kozhabekov E. M.*

Kazakh National Medical University named by
S.D.Asfendiyarov and International Kazakh-Turkish
University named by H.A.Yassavi,
Turkestan, Almaty city, Kazakhstan

Summary. The results of our clinical and microbiological studies carried out in our dental and maxillofacial clinic allowed to determine the "epidemiological chain" identical according to biological properties strains of microorganisms which have been specified from different sources (patients, carriers, external environment). As a result of before

stated we can say that the main way to prevent of nosocomial infection should be directed to break the chain - agent, means of transmission and susceptibility to infection of the human body.

Keywords: *Epidemiology, hospital infection, preventive measures.*

Актуальность проблемы. Обширная сеть частных стоматологических кабинетов и поликлиник, большое число медицинского персонала и больных обуславливает, с одной стороны, неизбежность контактов между ними, а с другой – возможность перекрестной инфекции и микробной обсемененности воздушной среды, поверхностей, рук персонала, инструментария является актуальной проблемой современности [1,2]. Стоматологические вмешательства могут способствовать внедрению микробной флоры в глубоколежащие ткани и, следовательно, приводить к распространению инфекционного процесса, особенно у пациентов с пониженной иммунологической реактивностью.

Изучение данных литературы выявили, что воздушная среда помещений лечебных учреждений играет определенную роль в распространении возбудителей ряда внутрибольничных инфекций, в первую очередь коагулазопозитивных стафилококков, а также респираторных вирусов и возбудителей некоторых микозов. Имеются данные о возможности аэрогенного распространения грамотрицательных условно-патогенных бактерий [3,4,5]. В связи с возросшей значимостью воздушной среды в передаче инфекционного агента в стоматологических кабинетах, стационарах все больше внимания уделяют вопросам микробиологической оценки качества воздуха лечебных учреждений.

Постоянная циркуляция патогенной и условно-патогенной микрофлоры и связанная с этим потенциальная опасность инфицирования медицинского персонала внутрибольничной инфекцией обусловлена спецификой рабочего процесса в стоматологии [6]:

- постоянным контактом врача с инфицированной средой (слюна, гной, кровь),
- возможностью мелких повреждений кожи рук в связи с работой режущо-колющим инструментом,
- воздушно-капельной передачей инфекции за счет чрезвычайно близкого и длительного контакта с больным в процессе лечения,

- усугубляющегося образованием бактериального аэрозольного облака при работе на высокоскоростных бормашинах.

Основным источником микробного обсеменения стоматологических кабинетов и специализированных стационаров являются пациенты с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области [7].

Микрофлора полости рта здорового человека отличается чрезвычайным разнообразием в зависимости от возраста, качества питания, степени гигиены полости рта и т. п. [8]. Наличие стоматологического заболевания приводит либо к изменению видового состава микрофлоры, либо к увеличению количества бактерий определенного вида с выраженными вирулентными свойствами. Одним из факторов риска возникновения послеоперационных раневых инфекций является ожирение [9]. Следует отметить, что, помимо больного, источниками патогенных бактерий могут являться и бактерионосители как из числа пациентов, медицинского персонала, так и родителей, родственников и предметы больничной среды [10]. Что касается изучения носительства патогенных микроорганизмов среди стоматологических больных и персонала, то имеются лишь немногочисленные публикации о носителях вируса гепатита, а также патогенных стафилококков [11].

В стоматологической практике ведущую роль в распространении инфекции от источника (больные, носители) во внешнюю среду играют руки врача. В процессе диагностики и лечения руки врача, загрязненные содержимым полости рта пациента, могут загрязнять наконечники бормашин, стоматологический инструментарий, халат, одежду, кресло пациента, полотенце и т. д. [12]. Кроме того, широкое использование высокоскоростного стоматологического оборудования способствует распылению микроорганизмов в виде аэрозоля. Инфекция также может распространяться через кожу лица и рук, слизистую оболочку носоглотки и глаз врача, а также через поверхности, в которых возможно вторичное инфицирование (обшивка стоматологического кресла, шланги инструментов, панели блока управления, одежда и головной убор врача, куда инфекция попадает в виде аэрозоля). В частности, доказано, что бактериальные аэрозоли могут распространяться на значительное расстояние от полости рта больных (от 50 до 80 см в различных направлениях) и, следовательно, представлять реальную опасность для медицинского персонала [13,14]. Изучая воздушную

микрофлору в различных стоматологических кабинетах, автор получила следующие результаты: уровень суммарной бактериальной обсемененности воздуха хирургических отделений (1018 ± 273 микробных тела в 1 м^3) был ниже, чем терапевтического (2410 ± 271) и ортопедического (2593 ± 330). Однако патогенная микрофлора чаще всего высевалась из воздуха хирургических кабинетов (32 % проб). В терапевтическом кабинете этот показатель составил 29 %, а в ортопедическом 18 %.

Цель – изучение проблемы внутрибольничной инфекции в стоматологических учреждениях и стационарах, разработать меры их профилактики

Результаты исследований и рекомендации. Для изучения этой проблемы и разработки мер профилактики внутрибольничной инфекции выполнен большой цикл исследований [7,10]. Проведено всестороннее микробиологическое обследование внешней среды различных подразделений крупного стоматологического стационара города: палаты, перевязочная, процедурная, операционные (чистая, гнойная), приемное отделение ЧЛХ, приемное отделение ЛОР, смотровая, коридоры. Для оценки состояния инфекционного контроля изучали стерильные предметы и перевязочный материал. В частности, изучали антисептические и дезинфицирующие растворы на стерильность (3% хлорамин, 3% перекись водорода, хлоргексидин, фурацилин, комплексный раствор). Кроме того, исследовали стерильные объекты: маски, хирургические скальпеля и ножницы, резиновые трубочки, марлевые тампоны, простыни, пинцеты, зажимы, юретажные ложки, шприцы, крючки, зеркала, иглодержатели, стеклянные банки, внутренняя поверхность лотка и др. на предмет наличия внутрибольничной инфекции.

Материалы для бактериологического исследования брали по общепринятым правилам, принятым в микробиологии. Результаты исследований подвергнуты статистической обработке с применением критериев Стъдента.

Обобщение полученных данных выявили, что в детской хирургической стоматологической клинике имеет место распространение внутрибольничных инфекций, свидетельством чего параллельно с клиническими и эпидемиологическими показателями, служили:

1. высевы от больных из очага воспаления в этиологически значимых концентрациях *S. Epidermidis*, *S. Aureus*, *S. Faecalis*, *E. Coli*,

S. Pyogenes в монокультуре (42,4%) и ассоциациях (57,6%);

2. высевы из зева, носа, рук медперсонала *S. Epidermidis*, *S. Aureus*, из зева каждого третьего сотрудника - *S. Pyogenes*;
3. высокая бактериальная обсемененность детских палат, коридоров, перевязочной, операционной приемного покоя, гнойной операционной с превалированием высева стафилококков (58,3%);
4. микробная контаминация 1/3 исследованных проб антисептиков, дезинфектантов, а также «стерильного» медицинского инструментария.

Что касается детской инфекционной клиники, то у 60,2% детей, госпитализированных в клинику по поводу различных инфекционных заболеваний, из ротовой полости были выделены грибы рода *Candida* с доминированием *C. tropicalis*. Обсемененность кандидами объектов больничного обихода составила 36,0%. При этом основными источниками госпитальной кандидозной инфекции у детей являлись пациенты с кандидозным стоматитом (45,4%), кандидозоносители (23,3%), их родители (23,3%). Предметы больничного обихода – это резервуары для накопления госпитальных штаммов грибов. Превалирует контактный путь передачи кандид (через руки пациентов, предметы больничной среды).

Результаты исследований, проведенные в нашей клинике, позволили определить «эпидемиологическую цепочку» идентичных по биологическим свойствам штаммов микроорганизмов, выделенных из разных источников (больные, носители, внешняя среда). Следовательно, основным путем профилактики внутрибольничной инфекции должна быть направлена на разрыв цепи эпидемиологического процесса – возбудитель, средство передачи возбудителя и восприимчивость к инфекции организма человека.

Нами [15,16,17] в стоматологических учреждениях и стационарах для снижения риска инфицироваться самим и передать инфекцию больным медицинские работники обучались правилам защиты кожи и слизистых оболочек при контакте с кровью или жидкими выделениями организма любого человека, прежде всего больного. Для этого требовали неукоснительного соблюдения следующих правил:

- Мыть руки до и после любого контакта с пациентом.

- Рассматривать кровь и жидкие выделения всех пациентов как потенциально инфицированные и работать с ними только в перчатках.
- Сразу после применения помещать использованные шприцы и катетеры в специальный контейнер для утилизации острых предметов, никогда не снимать со шприцев иглодержатели с иглами и не производить никаких манипуляций с использованными шприцами.
- Пользоваться средствами защиты глаз и масками для предотвращения возможного попадания брызг крови или жидких выделений в лицо (во время хирургических операций, манипуляций, катетеризации и лечебных процедур в полости рта).
- Использовать специальную влагонепроницаемую одежду для защиты тела от возможного попадания брызг крови или жидких выделений.
- Рассматривать все белье, запачканное кровью или жидкими выделениями, как потенциально инфицированное.
- Рассматривать все образцы материалов, взятых у больных, лабораторных анализов, как потенциально инфицированное.

С целью снижения восприимчивости организма больного к внутрибольничной инфекции осуществляли следующие меры:

- По возможности сокращали пребывание больных на стационарном лечении. Для этого все плановые больные проходили клиничко-диагностические исследования в условиях поликлиники до госпитализации.
- Проводили эффективную и правильную антибиотикопрофилактику (выбирали антибиотик с адекватным спектром действия, соблюдали безопасность препарата, учитывали чувствительность возбудителя и факторы межлекарственного взаимодействия).

Строгое выполнение санитарных правил и норм, регулярно дополняемых с учетом требований времени, позволило нам усилить контроль за инфекционным благополучием в клинике. Результаты наших клиничко-микробиологических исследований дополнили средства и методы инфекционного контроля, которые могут быть приняты и в других лечебно-профилактических учреждениях.

С целью профилактики госпитального кандидоза и кандидоносительства в детской инфекционной больнице нами предлагались:

- для дезинфекций помещений, поверхности мебели, посуды в условиях стационара использовать активный в отношении дрожжеподобных грибов 0,2% раствор люмакс-хлор;
- чаще проводить ротацию дезинфекционных средств под контролем микробиологического исследования, дезинфектантов на эффективность в отношении адаптированных штаммов кандид, преобладающих в больничной среде.
- проводить изоляционно-ограничительные мероприятия к пациентам с кандидозным стоматитом;
- не допускать переуплотнения палат с целью устранения близкого контакта родителей и детей друг с другом;
- запретить использования мягких игрушек в инфекционной больнице, которые в 50% случаев являются источниками кандидозной инфекции, усилить режим дезинфекции за твердыми игрушками, ограничить количества игрушек, используемых детьми индивидуально.

Для эффективной борьбы с внутрибольничной (госпитальной) инфекцией в стоматологических и челюстно-лицевых клиниках следует строго выполнять основные требования санитарно-эпидемиологической службы с учетом специфики лечебных учреждений. Основной путь профилактики внутрибольничной (госпитальной) инфекции должен быть направлен на разрыв цепочки трех звеньев эпидемиологического процесса:

1. уничтожение возбудителя,
2. нейтрализация факторов передачи возбудителя,
3. снижение восприимчивости организма человека к инфекциям.

Что касается специфики рабочего процесса в стоматологической клинике, то оно способствует созданию среды с высокой бактериальной загрязненностью. Кроме перечисленных путей профилактики внутрибольничной инфекции, очевидно, что оздоровительные мероприятия должны быть призваны не только устранить источники инфекции, но и закрыть пути их передачи с помощью технического совершенствования некоторых видов стоматологического оборудования.

Глубокое изучение поставленных вопросов имеет значение для дальнейшего улучшения условий

труда медицинских работников в стоматологических, челюстно-лицевых клиниках и для повышения качества стоматологической и хирургической помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями.

Таким образом, что строгое выполнение санитарных правил и норм, регулярно дополняемых с учетом требований времени, позволяет усилить контроль за инфекционным благополучием в клинике.

Литература

1. Ахмедов И. В. Эндолимфатическая профилактика гнойно-септических осложнений у хирургических больных: Автореф. докт. дис. - М.: МГМСУ, 1999. - 37 с.
2. Аханов С.А. Госпитальная инфекция в клинике челюстно-лицевой хирургии и пути ее профилактики: Автореф. канд. дис. - Алматы, 2004 – 26 с.
3. Бажанов Н.Н. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. — М., 1985. - 286 с.
4. Бажанов Н.Н., Пашков Е.П., Култаев М.С. Бактериальная микрофлора при одонтогенных острых гнойных заболеваниях челюстно-лицевой области // Стоматология. - 1985. - № 1. - С. 31-32.
5. Безрук И.А. Внутрибольничная инфекция хирургического стационара: Автореф. канд. дис. - Алма-Ата, 1991 - 18 с.
6. Губин М.А., Харитонов Ю.М., Гирко Е.И. и др. Диагностика и лечение осложненной острой одонтогенной инфекции // Стоматология. – 1996 (спец. выпуск). - С. 39-40.
7. Гук А.С. Особенности клиники, диагностики и лечения одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области с участием неспорообразующих анаэробов: Автореф. канд. дис.- СПб.: ВМА, 1990.–20 с.
8. Дмитриева Н.А. Гнойно-воспалительные осложнения челюстно-лицевой области, структура возбудителей и возможные пути профилактики: автореф. канд. дис. - М., 1993. - 19 с.
9. Залогueva Г. В. Этиология и эпидемические особенности раневой инфекции при травмах: Автореф. канд. дис. - М., 1995.-23 с.
10. Захаров Ю.С. Клиника и хирургическая тактика при бактериальных инфекциях челюстно-лицевой области // Стоматология. - 1987. - № 3. - С. 43-45.
11. Каркимбаева Г.А. Профилактика и лечение кандидозных поражений слизистой оболочки полости рта у детей: Автореф. канд. дис. - Алматы, 2010. – 21 с.
12. Миронов А.Ю., Пашков Е.П., Черноглазова Е.М. Видовой и количественный показатели микрофлоры при флегмонах челюстно-лицевой области // Стоматология. - 1988. - Т. 67, № 5. - С. 42-43.
 13. Катаева В.А., Ермолина Е.П. Гигиеническая характеристика микрофлоры стоматологических поликлиник // Стоматология.-1981.-№ 5. - С.75-77.
 14. Катаева В.А. Научные основы оздоровления условий труда врачей стоматологического профиля: автореф. докт. дис.- М., 1989. - 34 с.
 15. Супиев Т.К., Котова А.Л., Аханов С.А. Устойчивость/чувствительность больничной микрофлоры к «старым» и «новым» антибиотикам, применяемым для лечения детей с хирургическими стоматологическими заболеваниями // Проблемы стоматологии. – 2003. – N1. – С. 40-43.

16. Котова А.Л., Аханов С.А. Значение микробиологического обследования объектов больничной среды и медицинского персонала для установления источников и пути передачи внутрибольничных инфекций в хирургическом стационаре // Проблемы стоматологии. – 2003. –N1.– С.44-47.

17. Каркимбаева Г.А., Котова А.Л., Супиев Т.К. Видовой состав грибов Candida, изолированных от больных детей с оральным кандидозом и спектр их чувствительности к антибиотикам // Материалы IV съезда стоматологов Казахстана. – Алматы, 2008. – С. 95-96.

РАЗВИТИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

***Коомбаев К.К., Мамакеев М.М., Идрисов У.И.,
Сельдиев Т.Т., Коомбаев А.К.***

***Резюме.** В работе представлены развитие дентальной имплантологии, численность населения и количество имплантологов в Кыргызской Республике.*

***Ключевые слова:** имплантация, кость, жевательная эффективность, адаптация, съемный протез.*

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ДЕНТАЛДЫК ИМПЛАНТОЛОГИЯНЫ ӨНҮКТҮРҮҮ

***Резюме.** Иште денталдык имплантологияны өнүктүрүү, калктын саны жана Кыргыз Республикасындагы имплантологдордун саны көрсөтүлгөн.*

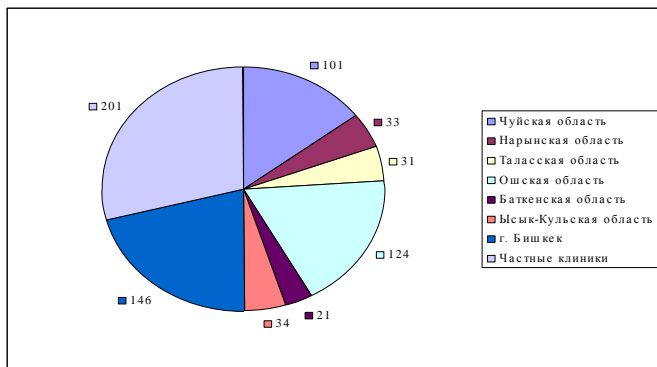
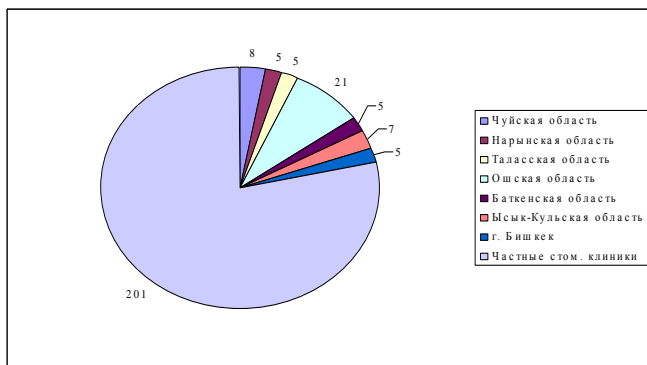
***Ачык сөздөр:** имплантация, сөөк, чайноо натыйжалуулугу, көнүгүүсү, алына турган протез.*

DEVELOPMENT OF DENTAL IMPLANTOLOGY IN THE KYRGYZ REPUBLIC

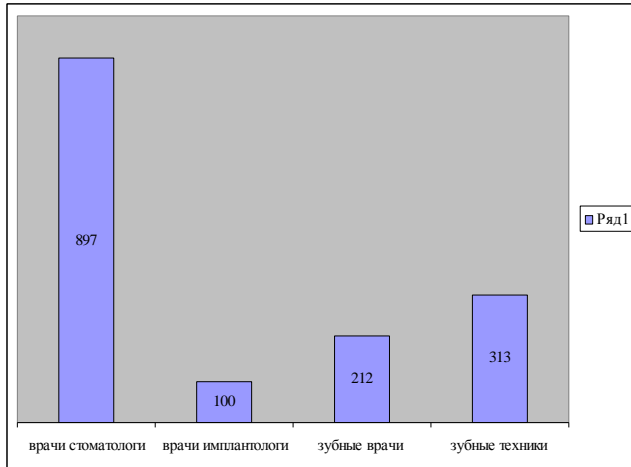
***Summary.** Development of dental implantology, number of population and number of implantologists in the Kyrgyz Republic are given.*

***Key words:** implantation, bone, masticatory efficiency, adaptation, removable denture.*

Для обеспечения населения стоматологической помощью имеются 5 - государственных стоматологических поликлиник в г. Бишкек, 7 - в Ошской области, 5 - в Таласской области, 7 - в Ысык-Кульской области, 8- в Чуйской области, 5- в Нарынской области, 5 - в Баткенской области и 201 частная стом. клиника.



Эти кабинеты занимают врачи стоматологи, зубные врачи, врачи имплантологи и зубные техники.



В сфере медицинского обслуживания наиболее востребованными являются стоматологические услуги, что связано с высокой распространенностью зубных заболеваний и заболеваний полости рта среди населения. Однако, существующая система здравоохранения не отвечает потребностям населения в оказании доступной и качественной помощи [1].

Частичная или полная потеря зубов наиболее часто встречается в возрасте 60 лет и старше. В этом возрасте снижаются адаптационные возможности организма, и ношение традиционного съемного протеза порой становится

не возможным [2, 3, 4].

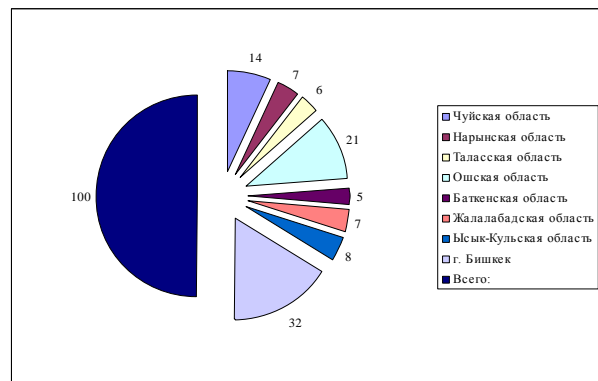
По данным ВОЗ в зубном протезировании нуждаются 70% населения мира [6].

В КР имплантация была открыта в 1986г. группой врачей и техников, прошедших специализацию в г. Каунасе у профессора Сурова О.Н., в республиканской стоматологической поликлинике.

Для Кыргызской Республики дентальная имплантология является динамично развивающейся частью стоматологической помощи населению и не менее интенсивно изучающейся в последние десятилетия. Развитие дентальной имплантологии в Кыргызской Республике тесно связано с ее развитием в странах СНГ и дальнего зарубежья. За последние годы наблюдается стремительное развитие дентальной (зубной) имплантации, которая своими корнями тесно связана с хирургическим разделом зубоврачевания и челюстно-лицевой хирургией.

В нашей Республике мощность частных и государственных медицинских стоматологических учреждений, занимающихся имплантацией, практически не учитывается в государственной статистике, скорее имеет научную основу.

В настоящее время насчитывается более 100 имплантологов, прошедших специализацию в ближнем и дальнем зарубежье.



К сожалению, мы имеем лишь приблизительные сведения.

В 2008г. была организована Ассоциация стоматологов-имплантологов. Имплантологи Кыргызстана активно участвуют в Международных конференциях, представляя свои доклады. В 2009г. в Кыргызстане была проведена Международная конференция стоматологов - имплантологов с участием Линкова Л. И Сурова О.Н.. Сейчас успешно внедряются дентальные имплантаты, разработанные в Южной Корее, Израиле, Белоруссии, Украине, США [5].

Были успешно защищены 2 докторские и 4 кандидатские диссертации. Нельзя оставить без

внимания и тот факт, что диссертанты защищали свои работы по разным видам имплантатов: д.м.н., доц. Калбаев А.А. – по двух – этапным винтовым, к.м.н., доц. Коомбаев К.К. – по пластинчатым, к.м.н. доц. Мурзалиев А.Ж. – по одно-этапным винтовым, к.м.н., доц. Цой А.Р. – по цилиндрическим имплантам с памятью формы, к.м.н. Алымбаев Р. – по субпериостальным имплантатам, д.м.н. Балтабаев М. – по предоперационному и послеоперационному лечению больных с внутрикостными имплантатами.

Завершается докторская, где рассматриваются возрастные особенности при имплантации, а также преимущества и недостатки имплантов различных систем.

Дентальной имплантацией мы занимаемся уже более 25 лет, и нам часто приходится беседовать на эту тему с различными людьми. Удивительно, какие нелепости можно иной раз услышать об имплантации и, ладно бы, от обывателей, нет, самое невероятное – приходится слышать это именно от врачей – стоматологов. То говорят, что лучше удалить все зубы и сделать «голливудскую» улыбку на имплантатах, то наоборот, что импланты вообще нельзя ставить, так как они не приживаются. А имплантологи спорят какие импланты лучше, а какие – хуже, в этом сказывается отсутствие знаний, так как имплант служит определенный срок, как говорил О.Н. Суворов: «Импланты приходят и уходят, так как они инородные тела». А цель имплантологов – восстановить жевательную эффективность долговечность и придать эстетику. Есть имплантологи, которые работают имплантатами одной фирмы, а как появляются осложнения они выбирают импланты другой фирмы, и все свои неудачи грешат на имплантаты. В самом деле успех имплантации зависит от специалиста, не малое зависит и от кости и общего здоровья, затем только от имплантата. Например, дать плохому водителю новый Мерседес он его быстро разобьет, а напротив, дать опытному и бережному водителю запорожец, он благополучно отъездит ни один десяток лет.

Очевидно, что знание о современном состоянии и возможностях имплантологии необходимо передавать прежде всего врачам – стоматологам.

Имплантация – это область стоматологии, которая стремительно развивается в последнее время. Год за годом имплантационные технологии становятся все совершеннее, обретают большую популярность, доступность и комфорт для

массового потребления. Говоря простым языком, имплантация приобретает статус основного вида протезирования за счет своей долговечности и надежности. Имплантацию в г. Бишкек на высоком уровне выполняют такие современные стоматологические комплексы, и частные клиники как: «Алеф», «Эстет», «Имплант – сервис им. Сурова», «Имплантатас», «Vitorplant» и т.д.

Имеют оборудование самого высокого уровня от европейских производителей. Мы можем с уверенностью сказать Вам, что проведя имплантацию зубов в г. Бишкек, вы останетесь довольны и уровнем обслуживания, и результатом.

Литература

1. Н.И. Вишняков, Е.О. Данилов, Н.В. Прозорова. *Вестник Санкт-Петербургского Университета сер. 112007 Вып.4*
2. Александрова Е.В. Динамика возрастных изменений слизистой оболочки полости рта человека / Е.В. Александрова // *Актуальные проблемы стоматологии.– М.: Медицина, 1972. С.166-170*
3. Алимский А.В. Геронтостоматология: настоящее и перспективы / А.В. Алимский // *Стоматология для всех. 1999.- №1. –С.29-31.*
4. Безруков В.В. Тенденции геронтологических исследований в мире. / В.В. Безруков, Ю.К. Дупленко, С.Г. Бурчинский // *Клин.мед. 1999. -№3.-С.3-7.*
5. Бекренев Н.В. Применение имплантатов в стоматологии / Н.В. Бекренев, С.Г. Калганова, Л.А. Верещагина и др // *Новое в стоматологии 1995.-№2. (спец.вып.)–С.19-22.*
6. Гаврилов Е.И., Ортопедическая стоматология / Е.И. Гаврилов, А.С. Щербаков.М.,1984.–575с.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Кожабеков Е.М., Орманов Е.К.

Международный Казахско-Турецкий университет им. Х. А. Ясави, г. Туркестан; Южно-Казахстанская областная стоматологическая поликлиника, г. Шымкент, Казахстан

Резюме. Комплексное обследование детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба выявила высокую распространенность стоматологических заболеваний и зубочелюстных аномалий, определялось неудовлетворительное состояние гигиены полости рта. Все дети с врожденной патологией нуждались в ортодонтическом лечении, санации полости рта и нормализации функций дыхания, глотания, жевания и речи группой специалистов. Установлена высокая эффективность лечебных

мероприятий в условиях специализированного центра.

Ключевые слова: расщелина губы и неба, распространенность, комплексная реабилитация.

**ТҮШТҮК-КАЗАХСТАН ОБЛАСТЫНДАГЫ
ЖААК-БЕТ АЙМАГЫНЫН ТУБАСА ЖАНА
КИЙИН ПАЙДА БОЛГОН ПАТОЛОГИЯСЫ
МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН БАЛДАРДЫ
КОМПЛЕКСТҮҮ КАЙРА КАЛЫБЫНА
КЕЛТИРҮҮНҮ УЮШТУРУУ**

Кожобеков Е.М., Орманов Е.К.

Х.А.Ясави атындагы Эл аралык Казах-Түрк университети, Түркестан шаары, Түштүк-Казахстан областындагы стоматологиялык бейтапкана, Шымкент шаары, Казахстан

***Корутунду.** Тубаса үстүнкү эрини жана таңдайы жырык төрөлгөн балдарды комплекстүү изилдөөнүн жыйынтыгы стоматологиялык оорулардын жана тиш-жаак аномалиясынын өтө жайылышын ачыктады, ооз көңдөйүнүн гигиенасынын абалы канааттандыраарлык эмес экендигин аныктады. Тубаса оору менен төрөлгөн балдардын бардыгы ортодонтикалык дарылоого, ооз көңдөйүн тазалоого жана дем алуу, жутуу, чайноо жана сүйлөө функцияларын калыбын келтирүүгө муктаж экендиги аныкталды. Адистештирилген борбордун шартындагы дарылоо иш чараларын жогорку натыйжалуулугун ырастады.*

***Негизги сөздөр:** эриндин жана таңдайдын жырыгы, таркалуу, комплекстүү кайра калыбына келтирүү.*

**ARRANGEMENT OF COMPLEX
REHABILITATION OF THE CHILDREN WITH
CONGENITAL AND INHERITED PATHOLOGY
OF MAXILLOFACIAL AREA IN SOUTH
KAZAKHSTAN REGION**

Kozhabekov E.M., Ormanov E.K.

International Kazakh-Turkish University named by H.A.Yassavi, Turkestan; and South Kazakhstan regional dental clinic, Shymkent city, Kazakhstan.

***Summary.** The complex examination of the children with congenital cleft lip and palate have been observed the high prevalence of dental diseases and dentoalveolar anomalies, it was defined the insufficient state of oral hygiene. All children needed in orthodontic treatment by specialists group: in*

sanitization of oral cavity and in normalization of respiratory function, swallowing, chewing and speech. The high effectiveness of remedial measures has become settled within conditions of specialized center.

***Key words:** cleft lip and palate, prevalence, complex rehabilitation.*

Актуальность проблемы. Врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН) является самой распространенной патологией среди врожденных пороков развития. Наличие врожденной патологии вызывает не только косметические нарушения и связанные с ними социальные вопросы в адаптации ребенка в коллективе, но и обуславливает повышение распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний.

Вопрос о необходимости организации Областного центра реабилитации детей с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области при Южно-Казахстанской областной стоматологической поликлинике поднимался на IY съезде стоматологов РК в 2008 году. При поддержке областного департамента здравоохранения вопрос был решен положительно. Такой центр открылся при областной стоматологической поликлинике, а при областной детской клинической больнице были выделены 10 коек для детей с патологиями ЧЛО, где преимущественно госпитализируются дети с ВРГН. Однако многие вопросы по комплексной реабилитации детей с ВРГН еще не решены полностью и нуждаются в дальнейшем изучении.

Такое повышенное внимание к реабилитации детей, родившихся с патологией верхней губы и неба, объясняется тем, что эти дети с первых минут жизни находятся в неблагоприятных условиях. Из-за анатомических нарушений тканей и органов ЧЛО происходит нарушение ряда функций. У больных с расщелиной возникает затруднение при приеме пищи, особенно затруднен акт глотания. Пища при глотании попадает в полость носа, вытекает из носовых ходов, попадает в дыхательные пути. Это приводит к развитию воспалительных процессов верхних дыхательных путей, а позднее к бронхоаденитам и пневмониям. Нарушение нормального приема пищи, особенно грудного вскармливания, приводит к различным алиментарным нарушениям, расстройствам желудочно-кишечного тракта, которое может сопровождаться гипотрофией, экссудативным диатезом, рахитом.

Проблеме комплексного лечения детей с ВРГН, разработке различных способов и форм реабилитации этих детей посвящено множество работ. Однако до сих пор остаются актуальными вопросы систематизации и методологии подходов к решению сложной проблемы с учетом региональных особенностей, в частности, климатических и географических особенностей Южно-Казахстанской области. Установлено, что в отдельных местностях Южного региона Казахстана среди химических веществ, загрязняющих окружающую среду и отнесенных антропогенотоксинов, одно из приоритетных мест занимает свинец. Загрязнение атмосферы, почвы и растений свинцом г. Шымкента и в целом области превышает ПДК в несколько раз [1]. Следовательно, исключить влияние этих антропогенотоксинов на организм беременных женщин, что могло способствовать рождению детей с ВПР, нельзя.

По данным литературы [2], в среднем в РК рождается 1:889 детей с врожденными уродствами лица и черепа. Частота врожденных пороков развития является важной характеристикой состояния здоровья населения. Инвалидность у таких детей наступает с момента рождения. Смертность, связанная с пороками, занимает 2–5 место в структуре детской смертности. За небольшим исключением, такие дети имеют психические отклонения. Отмечаемая же задержка психического развития или психоречевого развития во многом объясняется социальной дезадаптацией ребенка за счет отличного от окружающих внешнего вида, нарушением речи в связи с неадекватностью речевого аппарата, которая может быть успешно устранена с помощью раннего хирургического вмешательства и дальнейшей комплексной реабилитацией.

До последних лет проблема врожденной патологии челюстно-лицевой области целенаправленно не изучалась в Южно-Казахстанской области.

Цель – обобщение результатов деятельности Южно-Казахстанского областного центра реабилитации детей врожденной расщелиной верхней губы и неба.

Материал и методики. Сразу же после создания областного центра реабилитации детей врожденной расщелиной верхней губы и неба мы изучили стоматологический статус детей в возрасте от 1 года до 6 лет с ВРГН, взятых нами на учет. На каждого ребенка заполняли составленную нами

анкету «Оценка стоматологического статуса ребенка с врожденной расщелиной верхней губы и неба при первом обращении в клинику».

В ходе исследования изучены и проанализированы следующие показатели: распространенность и интенсивность кариеса зубов, наличие зубочелюстных аномалий, наличие некариозных поражений твердых тканей зубов, гигиеническое состояние полости рта, индекс РМА и др.

Для решения поставленных задач были обследованы дети в возрасте от 1 года до 6 лет. Для определения распространенности и интенсивности кариеса использовали общепринятые методы (индексы кп, кп+КПУ), выявлены некариозные поражения зубов. Гигиенический индекс определялся по методу Федорова Ю.А. и Володкиной В.В. (1970).

Результаты исследований подвергнуты статистической обработке с использованием критериев Стьюдента. Определяли значения M , m , t и P . Различия считались достоверными при $P < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение. Изучение стоматологического статуса детей с ВРГН выявили следующие показатели. Распространенность кариеса зубов в среднем составила - $73,7 \pm 6,10$ %, при интенсивности кариозного процесса, равной $3,9 \pm 0,86$, что достоверно выше, чем у практически здоровых детей этого же возраста. Установлено, что с возрастом распространенность и интенсивность кариеса у детей с ВРГН имеют тенденцию к увеличению. Например, в 2 года - $21,3 \pm 5,02$ % и $3,7 \pm 0,21$, то в 6 летнем возрасте - $95,3 \pm 5,34$ % и $4,9 \pm 0,26$. Особо резкий скачок роста распространенности и интенсивности кариеса зубов отмечается у детей в 4 летнем возрасте. У детей с ВРГН преобладали суб- и декомпенсированные формы заболевания, тогда как у здоровых детей чаще выявлялась компенсированная форма кариеса зубов.

Высокая подверженность детей с ВРГН кариесу зубов объясняется тем, что дети с данной нозологией часто подвержены респираторным и другим соматическим заболеваниям, имеются сложности в организации послеоперационного питания. Длительное ношение ортодонтических аппаратов и ухудшение гигиенического содержания полости рта являются факторами риска декомпенсированного течения кариеса. Следовательно, дети с данной патологией в период

диспансерного наблюдения, наряду с комплексом мер, направленных на ликвидацию врожденного порока развития, нуждаются в проведении лечебно-профилактических мер, способствующих нормальному созреванию зуба и повышению их резистентности к кариозному поражению.

При оценке состояния тканей пародонта у детей с ВРГН выявлялись отек и гиперемия десны. При выраженном воспалительном процессе отмечалась кровоточивость десен, особенно у детей с неудовлетворительным гигиеническим содержанием полости рта ($GI = 2,49 \pm 0,24$), при длительном ношении ортодонтических аппаратов, при наличии множественных кариозных поражений зубов, скученности и аномалийного положения зубов. Кровоточивость десен определялась с 3 летнего возраста. В среднем гингивит обнаружен у 52,1% детей с ВРГН.

Среди детей с ВРГН, по сравнению со здоровыми детьми, выявлена высокая распространенность зубочелюстных аномалий. Если у практически здоровых детей из зубочелюстных аномалий были отмечены в основном аномалии положения зубов, а у детей с ВРГН выявлялись как аномалии положения зубов, так аномалии зубных рядов и прикуса. Так, у всех обследованных детей с ВРГН определялись аномалии количества (адентия – у 93,3%, сверхкомплектные зубы – у 6,7%) зубов. Всего у 91,7% детей выявлены аномалии положения зубов (у 56,7% - вестибулярное, у 31,7% - оральное, у 3,3% другие положения). Скученность зубов верхней челюсти составила – 53,3%, диастема определялась у 46,7% пациентов. Аномалийное положение отдельных зубов преимущественно определялось во фронтальном отделе верхней челюсти на стороне расположения врожденной расщелины.

Из аномалий зубного ряда определялись сужение, уплощение, укорочение и асимметричность зубного ряда верхней челюсти, из аномалий прикуса – прогения, открытый и перекрестный прикус. Так, у всех обследованных детей с ВРГН (100%) определялось сужение верхней челюсти, а у 8,3% - сужение нижней челюсти. Нарушения формы верхнего ряда выявлены следующим образом: V-образная – 3,3%, трапециевидная – 1,6%, треугольная – 48,3%, седловидная – 21,7%, асимметричная – 25%. На нижней челюсти седловидная и асимметричная формы не встречались, V-образная – 41,7%, трапециевидная – 1,6%, треугольная – 48,3%. Таким

образом, на верхней челюсти наблюдались все формы нарушений, среди которых преобладали треугольная и асимметричная формы. На нижней челюсти преимущественно встречались V-образная и треугольная формы.

Определение окклюзии у детей с ВРГН в сагиттальной плоскости определяли по соотношению вторых временных моляров. Результаты показали, что у пациентов смыкание вторых временных моляров в 68,3% случаев имели соотношение с дистальной ступенью, в 16,7% - с мезиальной ступенью и в 15% случаев соотношение моляров находилось в одной плоскости.

При определении окклюзии у детей с ВРГН в вертикальной плоскости в переднем отделе зубного ряда у 11,7% пациентов имело место вертикальная резцовая дизокклюзия. Прямая резцовая окклюзия определена у 16,7%, глубокая резцовая окклюзия – у 68,3%, глубокая резцовая дизокклюзия (травмирующая) – у 3,3% пациентов. В боковом отделе дизокклюзия на стороне расщелины встречалась у 66,7%, на здоровой стороне – у 23,3% (у 6 – нарушения окклюзии не определялось).

При определении окклюзии у детей с ВРГН в трансверзальной плоскости в переднем отделе зубного ряда у 86,7% % пациентов имело место трансверзальная резцовая окклюзия, у остальных 13,3% - трансверзальная резцовая дизокклюзия. В боковом отделе в 90% случаев имело место палатоокклюзия на стороне расщелины и в 10% случаев - палатоокклюзия на здоровой стороне.

Все дети с ВРГН, обратившиеся в поликлинику впервые, ранее не получали ортодонтическое лечение и нуждались в этом виде лечения в дооперационном периоде. При этом 85% детей нуждались в проведении корригирующих операций в мягких тканях лица и слизистой полости рта, 36,7% детей нуждались в удалении временных зубов по ортодонтическим показаниям и 83,3% детей с данной патологией нуждались в нормализации функций дыхания, глотания, речи и жевания.

Таким образом, в результате обследования детей с ВРГН выявлена высокая распространенность стоматологических заболеваний и зубочелюстных аномалий. Определено крайне неудовлетворительное состояние гигиены полости рта. Эти данные убеждали нас в необходимости с момента рождения детей с ВРГН начинать комплекс

реабилитационных мероприятий, включая санацию полости рта с участием врачей - стоматологов, педиатра, ЛОР-врача, логопеда и других специалистов.

Сразу же после рождения ребенка с ВРГН решались такие вопросы, как организация ухода, кормление, разъяснительная работа с родителями, иногда вопрос об оперативном вмешательстве. Задача врача-ортодонта заключалась в изготовлении преформированного ортопедического аппарата по методу Т.В.Шаровой в первые часы жизни ребенка. С помощью этого аппарата устранялся дефект альвеолярного отростка и неба, отрицательное действие языка на фрагменты верхней челюсти и происходил самомассаж кости в обоих фрагментах. Кроме того, создаются оптимальные условия в полости рта для кормления ребенка и предупреждения аспирации жидкости в дыхательные пути. По мере роста ребенка врач-ортодонт производил замену аппарата и следил за состоянием прикуса, прорезыванием зубов ребенка, решал вопрос о сроках оперативного вмешательства.

Мы изучили рождаемость детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба по области за период с 2005 по 2012 г.г. За этот период в области родились 516 детей с данной патологией, в среднем 1:916 рождений детей с ВРГН. За последние 3 года, когда функционировал областной центр реабилитации детей врожденной расщелиной верхней губы и неба, резко активизировалась работа в этом направлении. В частности, посещаемость детей с ВРГН Центра увеличилось в 6 раз, в том числе первичные – 10 раз.

С открытием отделения челюстно-лицевой хирургии на 10 коек в областной детской клинической больнице, увеличилась хирургическая активность. Если за 2010 год было проведено всего 27 хейлопластики и уранопластики, то в 2011 году - в 4 раза больше. Ранее, когда не было центра, дети с врожденной расщелиной верхней губы и неба не брались на диспансерный учет, многие из них уезжали в другие города на операцию, чаще в г. Алматы. С созданием центра все взяты на «Д» учет.

С 2010 года ортодонтическая помощь детям с ВРГН осуществляется за счет госзаказа (бесплатно). В связи с этим, детям с ВРГН в 2011 году было изготовлено преформированных ортопедических аппаратов (по Т.В.Шаровой) в 6,6 раза больше, чем в 2010 году, что является существенным показателем работы Центра.

Нарушение речи является обязательным компонентом при наличии расщелины у ребенка.

Поэтому занятия у логопеда являются необходимым этапом комплексной терапии данного контингента больных. В Центре за год логопедом обследовано более 200 детей с речевой патологией, после диагностики речевой патологии проведена коррекция речевых нарушений. Занятия с логопедом состояли из двух периодов: дооперационный и послеоперационный. В первом периоде задача логопеда состоит в постановке диафрагмального дыхания, тренировке ротового выдоха и гимнастике речевых органов. Послеоперационный курс начинается с 10-го дня после операции и заключается в массаже и миогимнастике неба, закреплении навыков правильной речи, постановке отдельных звуков, снятии гнусавости.

Таким образом, дети с врожденной расщелиной верхней губы и неба нуждаются в лечении или наблюдении группой специалистов на протяжении с периода новорожденности до поступления в школу, а при необходимости до подросткового периода. Наши наблюдения показали высокую эффективность лечебных мероприятий в условиях специализированного центра, где своевременно выполняются все этапы комплексной реабилитации соответствующими специалистами.

Литература

1. Орманов Е.К. Гигиенические аспекты профилактики стоматологических заболеваний у детей Южно-Казахстанской области: Автореф. канд. дис. – Туркестан, 2010. – 18 с.
2. Негаметзянов Н.Г. Организация медико-социальной реабилитации детей с врожденной патологией лица и челюстей: автореф. докт. дис. – Алматы, 2010. – 37 с.

II БӨЛҮК ТИШ ДАРЫЛОО СТОМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

II РАЗДЕЛ ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ПСИХОСЕНСОРНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПУЛЬПИТОВ

Базарбаев Н.Р.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им.И.К. Ахунбаева, МЦ «Нурали»

Резюме: Представлены результаты лечения 468 больных с острым пульпитом с применением методов психосенсорного обезболивания. Отмечена значительная эффективность предложенных методов в различных сочетаниях.

Ключевые слова: психосенсорное обезболивание, пульпит, лечение.

ПУЛЬПИТТИ ДАРЫЛООДО ПСИХОСЕНСОРДУК ООРУТПООЧУ ЫКМАЛАРДЫ КОЛДОНУУ.

Базарбаев Н.Р.

И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын хирургиялык стоматология жана жаак бет хирургиясы кафедрасы, “Нурали” МБ

Корутунду. Курч пульпит менен ооруган 468 оорулууну психосенсордук оорутпоочу ыкма менен дарылоонун жыйынтыктары берилди. Ар түрдүү айкалыштарда бул сунушталып жаткан ыкмаларды маанилүү натыйжалуулугу белгиленди.

Негизги сөздөр: психосенсордук оорутпоо, пульпит, дарылоо.

APPLICATION OF METHODS OF PSYCHOTOUCH ANESTHESIA AT TREATMENT OF PULPITISES.

Bazarbayev N.R.

Chair of surgical stomatology and maxillofacial surgery of KGMA of I.K.Akhunbayev, MCs "Nurali"

Summary: Results of treatment of 468 patients with a acute pulpitis with application of methods of psychotouch anesthesia are presented. Considerable efficiency of the offered methods in various combinations is noted.

Keywords: psychotouch anesthesia, pulpitis, treatment.

Введение В современной стоматологии актуальной задачей остается борьба с болью (3,4,7,15). Решение проблем высокоэффективной стоматологической помощи и снижения заболеваемости во многом зависит от внедрения в практику эффективных и простых средств и методов борьбы с болевым синдромом (2,6,8). Резкая болезненность, нередко проявляющаяся при врачебных вмешательствах, связанных с препарированием твердых тканей зубов и другими стоматологическими манипуляциями, затрудняет работу стоматолога, препятствует качественному пломбированию и часто является причиной отказа больных от регулярного лечения (7,11,14). Обращаемость больных с пульпитами к стоматологу по прежнему остается довольно высокой (15-30 %). Весьма насущными остаются вопросы обезболивания при лечении пульпитов, т.к. хорошо известно, что манипуляции в пульпе чрезвычайно болезненны. Особенно актуальна проблема безболезненного лечения пульпитов в стоматологии детского возраста, так как у детей осложненный кариес наблюдается достаточно часто, даже при правильной организации стоматологической помощи(9,10). При этом лечение пульпитов часто проводится на фоне выраженной болевой реакции, из-за чего многие больные отказываются от лечения, что нередко приводит к развитию целого ряда тяжелых воспалительных осложнений (остеомиелит, флегмона, сепсис, медиастенит, менингит и др.). В настоящее время болевая чувствительность рецепторов пульпы зубов рассматривается как важное звено среди всех рецепторов органов и тканей человеческого тела. Болевой порог здоровой пульпы (2-10 МкА) в 20 раз выше, чем окружающих зуб мягких тканей (160-200 МкА). Основным средством решения проблемы обезболивания при вмешательстве на пульпе зуба

продолжает оставаться местное обезболивание, как наиболее безопасный, эффективный и технически простой способ анестезии. На сегодняшний день для обезболивания пульпы применяют следующие методы: аппликационная, интралигаментарная, спонгиозная, внутривульпарная, электроодонтоаналгезия, анестезия безыгольным инъектором, инъекционная проводниковая и инфильтрационная анестезии (1,5,13,14). Однако традиционные средства обезболивания, широко распространенные анальгезирующие препараты различных групп, несмотря на их постоянное совершенствование не могут полностью удовлетворить требования для оказания высокоэффективной стоматологической помощи.

Таким образом, высокая потребность в обезболивании при вмешательстве на пульпе зубов диктует поиск новых более эффективных анестетиков и совершенствование традиционных способов обезболивания. В связи с этим, продолжается поиск путей целенаправленного изменения болевых и противоболевых реакций на основе изучения нейрхимических и нейрофизиологических механизмов, которые могут явиться фундаментом нового подхода в регуляции болевой чувствительности (4,7,11).

Целью работы явилась разработка и внедрение инновационных способов психосенсорных методов обезболивания при лечении пульпитов.

Материал и методы

Выбор психосенсорного метода обезболивания должен быть особенно тщательным и осуществляться после изучения исходных данных жизнеобеспечивающих систем организма, в первую очередь сердечно-сосудистой системы. В план мероприятий должен быть включен такой метод анестезии, который наряду с быстрым наступлением дал бы максимальную глубину обезболивания, что выравнивает психоэмоциональные процессы, улучшает мотивацию в положительную сторону, улучшает работу жизнеобеспечивающих систем и гарантирует доверие в успехе предстоящего лечения.

Для обоснования тактики и метода психосенсорного обезболивания мы наблюдали 468 больных с острым пульпитом (табл.1). Среди них мужчин было 247, женщин – 221. Основной контингент больных с острым пульпитом был в возрасте от 21 до 40 лет (335 из 468).

Таблица 1

Частота острых пульпитов в зубных рядах.

Зубы	1	2	3	4	5	6	7	8	Всего
Верхняя челюсть	27	25	11	36	35	51	46	-	231
Нижняя челюсть	31	27	9	46	35	71	18	-	237
Итого	58	52	20	82	70	122	64	-	468

Из таблицы видно, что количество леченых зубов на верхней и нижней челюстях, в том числе резцов, клыков и премоляров примерно одинаковое. Хотя пульпитные боли выводят из состояния равновесия любого человека, применение дыхательных движений и количество сердечных сокращений зависят от исходного состояния, и прежде всего от возраста.

Общеизвестно, что количество дыхательных движений зависит от частоты сердечного сокращения. Поскольку мы имеем дело с относительно молодым контингентом обратившихся и не знали исходный уровень частоты их дыхания и пульса, за основу брали нормальные физиологические показатели этих лиц частота дыхания 14-18 в минуту, соответственно частота пульса 75-80 ударов в минуту. Для сравнительного исследования в группах использовали метод электроодонтометрии (ЭОД).

Результаты и обсуждение

1 группу составили 91 исследуемый пациент с острым пульпитом в возрасте от 15-20. Несмотря на наличие сильных болей в области зубочелюстной системы у них дыхание и пульс оставались на уровне возрастных показателей и составили 14-18 и 70-80 в минуту. Психоэмоциональный статус у этой группы больных лабильный: они пугливы, боятся малейшего прикосновения инструмента, шума машины, особенно инъекционной иглы. В момент посадки в кресло до психосенсорного воздействия у них частота пульса достигла 85-100 ударов в минуту, соответственно участилось и дыхание. Эта категория больных особенно верит в предоперационную психоэмоциональную подготовку, хотя внешне проявляли полное доверие и вели себя спокойно. Учитывая сильные боли в области зуба, возраст больных и их психоэмоциональный стресс, мы решили использовать 3 уровень обезболивания - каталептический метод, дающий моментальный, но кратковременный успех — "быстрое обезболивание", что представляется нам достаточным, чтобы завоевать полное доверие и снятие психоэмоционального напряжения с

положительной мотивацией и подготовки благополучной почвы для дальнейшего углубления (при необходимости) психосенсорного обезболивания. В основном этой анестезии достаточно было для проведения необходимой операции по удалению воспаленной пульпы и обработки корневых каналов механическими и химическими методами. При необходимости в (12 случаях) мы для завершения оперативного вмешательства во всех каналах применили комбинированный метод, являющийся наиболее сильным способом психосенсорной анестезии.

Частота сердечного сокращения и пульса стабилизировалась после снятия болевого фактора и быстро приобрели предоперационные нормальные показатели, которые держались до конца эндодонтической операции.

Измерение артериального давления никакого характерного скачка не давало как в предоперационном, во время вмешательства, так и послеоперационном периодах и оставалось в пределах возрастной нормы (70-80\110-120 мм рт. столба). Данные ЭОД показали, что воспаление пульпы показывало от 20 до 60 МкА, что соответствует частичному и общему пульпу, но мы их так не дифференцировали, т.к. способ лечения и обезболивания было единое. После психосенсорного воздействия эти показатели резко увеличились и достигли цифры 190-200 МкА, т.е. пульпа на электрораздражение не отвечала из-за отсутствия болевых импульсов. Такие показатели мы получили при проверке электровозбудимости здоровых соседних зубов, что связано, как мы предполагали, психообезболивание распространяется на первые окончания значительного участка челюсти.

Ко второй группе отнесены 175 человек в возрасте 21-30 лет без соматической патологии. К своему состоянию пациенты относились адекватно, сильные боли не вывели их из равновесия, хотя ощущался психологический дискомфорт в виде скрытого стресса и отрицательной мотивации к своему состоянию. Количество сердечного сокращения и дыхания оставались в пределах нормальных возрастных показателей (14-18 и 70-80 в минуту соответственно). Артериальное давление было в пределах 120/80 мм рт.ст. Тем не менее этим больным проводилась психотерапевтическая подготовка перед вмешательством в пульпу. Для этого врач лично беседовал с больным о предстоящем способе воздействия, одновременно оказывал экстрасенсорное обезболивание в виде "пассов" или приближение кистей рук к больному

месту челюсти. Положительные результаты в виде уменьшений или исчезновение приступов пульпитных болей во время беседы врача - большая победа не только над болью, но и победа над психологией пациента. Такие больные сразу соглашались или даже просили приступить к манипуляциям, связанным с лечением зуба.

Показатели пульса, количество дыхания и артериального давления оставались в пределах нормы.

ЭОД исследования показали, что до психосенсорного воздействия было от 20 до 60 МкА, а после воздействия, как и в предыдущей группе больных, эти цифры достигали 200 МкА.

У этой категории больных мы решили использовать двухэтапные методы психосенсорного обезболивания, первым, как мы уже говорили, было экстрасенсорное воздействие для снятия приступов болей, после достижения психологической подготовки для работы в пульпе - использовали комбинированный метод психосенсорного обезболивания.

Больные окончательно успокаивались после первого этапа психосенсорного воздействия на больной зуб, сидели в кресле спокойно, уверенно в успехе манипуляции, при этом частота дыхания, сердечного сокращения и уровень артериального давления оставались в пределах возрастной нормы как в момент вмешательства, так и в течение двух последующих часов. Второй этап обезболивания был комбинированным, что дало неоспоримый успех по степени обезболивания.

Третью группу составили 160 больных в возрасте (31-40 лет), у части них наблюдались отклонения психологического равновесия и состояния жизнеобеспечивающих систем. В частности у семи из них пульс был учащен до 80-90 ударов в мин. Соответственно и отмечалась частота дыхания до 20 в мин. У 18 наблюдаемых перед манипуляцией отмечалось значительное повышение артериального давления, которое ранее самими больными не отмечалось (до 100\14- мм рт. столба учащение пульса, дыхания, повышение кровяного давления мы отнесли на счет психоэмоционального стресса, обусловленного сильной зубной болью и отрицательной мотивацией перед предстоящим вмешательством. У данных больных мы провели длительную психологическую подготовку в виде наглядной агитации, показа происходящего лечения в кабинете. Длительной беседы не проводили, т.к. прежде всего нужно было снять боль, а потом если удастся уменьшить или ликвидировать боль,

необходимость в таких психологических мероприятиях отпадает.

Краткая беседа врача с пациентом сопровождается психосенсорными мероприятиями в виде "пассов" или «экстрасенсорного» воздействия на больную область. После первого этапа психосенсорной анестезии. У больных снизилось артериальное давление почти до уровня исходных цифр, снизилась частота дыхания и количество сердечных сокращений до нормы. Этот благоприятный момент как бы является трамплином при углублении анестезии комбинированным методом и успешного проведения всех необходимых действий в корневых каналах.

Обработка корневых каналов, формирование кариозной полости, способы пломбировки и другие действия проводились общепринятыми способами, поэтому мы решили не останавливаться на них.

42 больных от 41 до 50 лет составили IV группу исследуемых. Они доставили больше хлопот и волнений не только себе, но и лечащим врачам неустойчивостью своих психологических статусов, эмоциональными стрессами и отрицательной мотивацией перед предстоящим вмешательством. Почти у всех было учащено сердечное сокращение на 10-20 ударов в минуту, учащено было дыхание и у половины из них артериальное давление было повышено до 100-140 мм рт. ст. Причем у 7 человек были отмечены в анамнезе склонность к повышению артериального давления, связанного с психоэмоциональными стрессами. Во всех случаях первостепенной нашей задачей было снятие психоэмоционального стресса и отрицательной мотивации, связанные с сильными болями, т.е. чем быстрее мы воздействуем на болевые рецепторы, осуществляя их обезболивание, тем быстрее происходила нормализация всех жизнеобеспечивающих систем организма.

Дальнейшее вмешательство под дополнительным местным обезболиванием давали возможность спокойного вмешательства на необходимое для этого время. Показатели ЭОД соответствовало данным предстоящих групп больных.

Методы психосенсорного обезболивания также использованы нами при лечении 407 пациентов с обострением хронического пульпита различных зубов, которые составили 4 группы (табл.2).

Первую группу составили 17 человек молодого возраста от 10 до 20 лет, с относительно стабильной частотой сердечных сокращений и дыхания в минуту. Последние характеризовались пределах возрастной нормы: 70-80 ударов в минуту

и 14-18 дыхательных движений соответственно. Данная группа пациентов отличалась неустойчивостью психоэмоционального состояния, лабильностью мотивации к лечению, пугливостью, боязнью при соприкосновении с инструментом, шума бормашины, особенно инъекционной иглы.

Таблица 2

Зубы	1	2	3	4	5	6	7	8	Всего
Верхняя челюсть	30	27	11	21	30	63	29	-	211
Нижняя челюсть	25	19	19	29	33	42	29	-	196
Итого	55	46	30	50	63	105	58	-	407

Были отмечены падения в обморочное состояние при виде хирургического инструментария. До психосенсорного воздействия они были возбуждены, недоверчивы, частота пульса их достигала до 80-90 ударов в минуту с некоторым учащением дыхания. Эта категория больных была очень недоверчива к применяемым методам психосенсорного обезболивания. Но внешне они были спокойны и садились в кресло без видимых волнений. Мы без предварительной подготовки приступали к экстрасенсорному воздействию во время короткой психотерапевтической беседы в виде сбора анамнеза. Больные после этой процедуры чувствовали сразу облегчение, становились разговорчивыми, иногда веселыми и доверчивыми к предстоящему воздействию врача.

После прекращения боли частота сердечного сокращения и дыхания нормализовались. Углубив психосенсорную анестезию комбинированным методом, спокойно приступали к лечебным мероприятиям в условиях абсолютной анестезии, что было видно по отсутствию болезненной мимики на лице больных и с их слов. Эти данные подтвердились ЭОД методом, где электровозбудимость зуба достигала 200 МкА. Такие данные мы получили и от рядом стоящих зубов в течение 2 часов после проведения хирургических манипуляций.

Из-за идентичности предманипуляционного общего состояния организма 315 больных 2 и 3 группы (возраст 21-30 и 31-40 лет) и отсутствия разницы в показателях сердечных сокращений, частоты дыхания и уровня артериального давления, мы решили объединить эти группы в одну. У всех больных

данной группы отмечалось некоторое учащение пульса и дыхание - до 90 и 19 соответственно. Это объяснялось отрицательными эмоциональными переживаниями, обусловленными постоянными болями в зубе и волнением перед предстоящим лечением воспалительного процесса. Наш опыт по обезболиванию больного зуба при помощи экстрасенсорного метода в данном случае показал отсутствие необходимости предварительной психопрофилактической терапии, т.к. прекращение боли во время наших "пассов" является самым демонстративным и убедительным приемом правильности наших действий. Дальнейшая работа в полости зуба проводилась под комбинированным психосенсорным обезболиванием в конструктивной рабочей обстановке и спокойном поведении больных. Сразу после прекращения боли частота сердечных сокращений и количество дыхательных движений пришли в исходные показатели.

Больные 4 группы в количестве 75 больных вели себя несколько иначе, чем пациенты предыдущих групп. Дело в том, что среди них оказались больные, страдающие гипертонической болезнью 2 и 3 стадии (11 и 7 соответственно), которым был применен определенный психотерапевтический подход. В частности 11 человек со значительным стойким повышением артериального давления не желали медикаментозной коррекции или консультации лечащего врача-терапевта, а настоятельно просили ликвидировать или уменьшить боль в зубе. После психосенсорного воздействия в виде обезболивающих "пассов" или экстрасенсорных приемов, боли прекратились, дальнейшие манипуляции прошли успешно при нормальных показателях жизнеобеспечивающих систем. А 7 человек с 3 стадией гипертонической болезни по нашему настоянию проконсультировались с лечащими врачами и только после этого успешно подверглись обезболиванию по нашей методике с последующим излечением зуба.

Таким образом, несмотря на определенные успехи достигнутые современной стоматологией в борьбе с болью имеется немало нерешенных проблем. Одна из них - обезболивание в эндодонтии, где болевой порог пульпы в 20 раз выше, чем у окружающих тканей. В этом аспекте разработка и внедрение в клиническую практику нетрадиционных доступных и эффективных методов обезболивания является насущной

проблемой медицины.

- Выводы:**
1. Обоснована возможность применения психосенсорного обезболивания в стоматологии и, в частности, при лечении различных форм пульпитов;
 2. Определены комбинации психосенсорного воздействия при лечении зубов с пульпитами в зависимости от жизнеобеспечивающих систем организма пациентов;
 3. Определена ориентировочная тактика психотерапевтического воздействия при лечении пульпитов.

Список использованных источников

1. Анисимова Е.Н., Зорян Е.В., Шугайлов И.А. Особенности действия карпулированных местных анестетиков и их сочетаний с вазоконстрикторами // Стоматология.-1997.-№6.- С.25-26.
2. Бажанов Н.Н., Ганина С.С. Обезболивание в поликлинической стоматологической практике: М., Медицина, 1979, 192с.
3. Бажанов Н.Н. Боль и лечение зубов: М., Медицина, 1988, 152с.
4. Брюзгин В.А. Организация мероприятий по борьбе с болью // Врач.-1995.- №2.- С.31-32.
5. Васильев Ю.Н., Игнатов Ю.Р. Акупунктурная аналгезия: экспериментальные и клинические аспекты: Л., Медицина, 1990, с.95-97.
6. Грицук С.Ф. Анестезия в стоматологии: М., Мед.информ.агентство. 1998.- 308с.
7. Иванов С.Ю. Оценка психофизиологического состояния больных по клинической шкале перед стоматологическими вмешательствами // Стоматология.-1983.-№5.- С.38-41.
8. Марченко А.И., Малиновский В.И. Лечение пульпитов под анестезией / Методические рекомендации. Киев, с.21.
9. Супиев Т.К. Обезболивание при стоматологических вмешательствах у детей: Алматы, 1996, 142с.
10. Хацкевич Г.А. Местное обезболивание при лечении и удалении зубов./ Обезболивание при лечении и удалении зубов у детей: Л., Медицина, 1985, с.112-146.
11. Чернобыльская Н.М., Штофина Т.Б. Значение адекватной подготовки больных при лечении зубов с воспалением пульпы // Стоматология -1989.- №4.- С.33-35.
12. Akerman I., Sandberg R., Covino B. Local anesthetic affactic of LRA – 103 and experimental xylydidi agents// Anesthesiology.-1986.-Vol.65.-.-№3.- P.217.
13. Bendorf S.S. Intraseptal anesthesia in restorative dentistry// Oral Heth.-1980.-Vol.70.-№2.- P.21-24.
14. Odor T.M., Pitt-Ford T.R., McDonald F. Effekt of inferior alveolfr nerve bloc anesthesia on the lover teeth// Endo-Dnt-Traumatol.- 1994 – Vol. 10.-№3.- P. 144-148.
15. Sisk A.L. Long-aking local anesthetics in dentistry// Anesth.-Prog.-1992.-Vol.39.- №3.- S.53-60.

**СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ
ПОЛОСТИ РТА ПРИ
КОЖНО-ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.**

Олейникова О.А. , Мамытова А.Б.
КРСУ, Кафедра хирургической стоматологии

***Резюме:** В статье приводятся данные обследования слизистой оболочки полости рта у больных с кожно-венерическими заболеваниями. Даны методы исследования, результаты и схемы комплексного лечения.*

***Ключевые слова:** слизистая оболочка полости рта, кожно-венерические заболевания, эрозивные очаги, пятна.*

**ТЕРИ-ВЕНЕРИКАЛЫК ООРУЛАРГА
ЧАЛДЫККАН ООРУЛАРДЫН
ООЗ КӨНДӨЙҮНҮН БЫЛЖЫР
ЧЕЛИНИН АБАЛЫ**

Олейникова О.А. , Мамытова А.Б.
КРСУ, Хирургиялык стоматология кафедрасы

***Резюме:** Бул макалада тери-венерикалык оорулар менен ооруган адамдардын ооз көңдөйүнүн былжыр челини текшерүү боюнча маалыматтар берилет. Комплекстүү дарылоонун изилдөө ыкмалары, жыйынтыктары жана схемалары берилген.*

***Ачкыч сөздөр:** ооз көңдөйүнүн былжыр чели, тери-венерикалык оорулар, эрозиянын аябай көздөлгөн жерлери, тактар.*

**THE CONDITION OF THE ORAL MUCOSA IN
DERMATOLOGY AND VENEREAL DISEASES**

Oleinikova O.A., Mamytova A.B.
Kyrgyz-Russian Slavic University, Department of
Dental Surgery

***Summary:** This article presents data on the oral mucosa examination in patients with dermatology and venereal diseases. The research methods, results and regimen of the complex treatment are given.*

***Keywords:** oral mucosa, dermatology and venereal diseases, erosive lesions, spots.*

Поражения слизистой оболочки полости рта, языка и губ у лиц, страдающих кожно-венерическими заболеваниями представляют значительные трудности для диагностики и выбора

метода лечения врача, а также представляют интерес для исследователей. При диагностике заболеваний слизистой оболочки полости рта у таких пациентов правильный диагноз, а отсюда и выбор метода лечения, ставится только в 30-35% случаев [2]. Вместе с тем у многих пациентов встречаются сочетанные формы проявления заболеваний, например: буллезная многоформная эритема и синдром Стивена-Джонсона, что еще больше затрудняет выбор метода лечения [8]. Мы уверены, что своевременная и правильная оценка патологии состояния слизистой оболочки полости рта позволит правильно и целенаправленно применить лечебное воздействие. Вместе с тем участие стоматолога в комплексной терапии таких больных является необходимым и целесообразным [1].

Целью исследования явилось выявление, обследование и лечение больных с кожно-венерическими заболеваниями, имеющими проявления на слизистой оболочке полости рта.

Материалы и методы исследования: клинические исследования проведены на базе кожно-венерического отделения городской инфекционной больницы. Всего обследовано 35 пациентов со следующими видами патологии: псориаз(16), дерматофития(4), аллергическая крапивница (3), розацеа (2), аллергический контактный дерматит (2), пузырчатка (2), синдром Стивена-Джонсона (1), буллезный дерматит (1), пиодермия (1), буллезная многоформная эритема (1), герпетизированный дерматит Дюринга (1), генерализованные высыпания на коже, вызванные лекарственными средствами (1). Из них: женщин- 14, мужчин- 21. Возраст больных варьирует от 7 лет до 75 лет, основное количество больных в возрасте от 40-50 лет. Давность заболевания в среднем составило 1-3 года.

Нами были проведены следующие методы: общие, включающие—ОАК(число эритроцитов, чисто лейкоцитов, лейкоцитарная формула, цветной показатель, реакция СОЭ); биохимический анализ крови (содержание глюкозы); биохимический анализ печени (изменения ALT и AST); бактериологический метод обследования (мазок- отпечаток на клетке Тцанка). Из специальных методов исследования мы применили: осмотр слизистой оболочки и собственно полости рта(цвет, влажность, элементы поражения); пробу Никольского на наличие образования пузырей при трении (проводится умеренное пальцевое трение не менее 10 движений в течении 20 секунд); пробу Кавецкого с метиленовым синим - определения

фагоцитарной активности и регенеративной способности ткани (на имеющийся элемент на слизистой оболочке капают 0,1мл 0,25% стерильного раствора метиленового синего). При этом элемент окрашивается в синий цвет, что позволяет измерить диаметр элемента с точностью до 0,1 см.

Результаты: из 35 обследованных изменения в полости рта выявлены у 8 человек, причем у 6 из них отмечено сочетание заболеваний: пузырчатка с пиодермией(3); генерализованные высыпания на коже, вызванные лекарственными средствами с синдромом Стивена-Джонсона(1); буллезная многоформная эритема(1); буллезный дерматит с герпетизированным дерматитом Дюринга(1). У остальных 27 человек, имеющих такие патологии, как: псориаз, дерматофития, аллергическая крапивница, розацеа, аллергический контактный дерматит, изменения со стороны слизистой оболочки полости рта не выявлено.

У наших больных с выявленными изменениями слизистой оболочки полости рта отмечено наличие множественных эрозивных очагов и пятен неправильной формы, ярко-красного цвета. При использовании специальных методов исследования проба Никольского была положительна у всех 8 больных. Проба Кавецкого позволила определить диаметр имеющихся элементов на слизистой с точностью до десятых долей сантиметра в силу окрашивания элементов и их четких границ метиленовым синим. Диаметр образований варьирует от 0,1-0,4мм до 1-4см. Элементы с диаметром 0,1-0,2мм в основном локализовались на спинке языка в виде точечных ярко-красных элементов. Элементы средних размеров 0,5-1,0см локализовались на слизистой оболочке нижней губы и твердого неба, в то время как элементы диаметром от 1см до 4см располагались на слизистой оболочке щек.

Результаты общих исследований выявили следующее: общий анализ крови во всех случаях показал повышенное содержание лейкоцитов (6-7), увеличение СОЭ(20-25). Из биохимических показателей у лиц с вышеуказанными заболеваниями выявлено отсутствие содержания глюкозы, и в ряде случаев (2 человека) при наличии дополнительной ЖКТ патологии выявлено увеличение ALT до 0,44 и AST до 0,55.

Лечение больных проводилось по следующей методике: общее лечение включало в себя: дексаметазон 8мг+ физ.раствор 200,0 – 0,9% ,

в/в капельно №5, тиосульфат Na 20% - 10,0мл в/в № 10, лораталло одной таблетке 1 раз в день №12, димедрол 1% - 1 раз в день в/м №10, преднизолон 40мг №7, аспарзам 1% - 3 раза в день №7. Местное лечение включало в себя: белковый коктейль – обработка слизистой оболочки полости №12; мазь салициловая для обработки элементов на коже №12. Кроме указанного лечения нами было проведено дополнительно местное лечение, включающее обработку полости рта ополаскивателем «Corsodile», после чего проводились аппликации бальзамом «Сибирское здоровье – серебряный», которые чередовались с бальзамом «Сибирское здоровье- Эльбешен» №12 с экспозицией 1 час после еды.

Клинические улучшения отмечались на 5-6 сутки, которые выражались в виде стихания воспалительного процесса: элементы в диаметре до 4 см уменьшались до 2-2,5 см, а элементы в диаметре 0,5-1,0 уменьшались до точечных элементов диаметром 0,1-0,2. Все больные отмечали уменьшение болезненности в полости рта, что позволяло им осуществлять прием пищи в более комфортных, безболезненных условиях.

Таким образом, лечение таких кожных заболеваний, как: буллезная многоформная эритема, синдром Стивена-Джонсона, пузырчатка, пиодермия, буллезный дерматит и герпетизированный дерматит Дюринга, имеющих проявления в полости рта, позволяет облегчить обострение и добиться более быстрого стихания воспалительного процесса в полости рта, что в целом повышает эффективность лечения.

Используемая литература:

1. Анисимова И.В, Недосеко В.Б., и др. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ Учеб.пособ.-М.: Медицинская книга 2008. С. 58-60
2. Боровский Е.В, Данилевский Н.Ф., Атлас заболеваний слизистой оболочки рта. -2-е изд., перераб. и доп.- М.: Медицина, 1991. С. 91-98
3. Кучерявый Ю.А. Дерматология Приложение Consilium Medicum 2010 №1. С. 17
4. Кубанова А.А., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней. Атлас справочник М.: Мед информ агенство 2009 С.
5. Романенко И.М, Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических болезней, М.: МЕД информ агенство, 2006. С. 202
6. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей - 2 издание М.: Медицина 1999. С. 117
7. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни Руководство для врачей М.: Медицина 1 том 1995. С.108-109
8. Цепов Л.М., Цепова Е.Л. 555 заболеваний слизистой оболочки рта, языка и губ-М.: МЕДпресс-информ, 2011. С.88-92
9. Long R.G. Housek L. Manifestation of ssysemic Diseases. Med.- 1998. С.157-159
10. White G.M. Cox N.H. Diseases of the Skin. A Color Atlas and Text-2 ed. 2005. С.90-97

**СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА
У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ II ТИПА**

Бердиева Р.Р. Мамытова А.Б.

КРСУ, кафедра хирургической стоматологии

***Резюме:** в статье приводятся данные по обследованию 35 человек с сахарным диабетом 2 типа, имеющие проявления в полости рта в виде генерализованного гингивита, пародонтита. Приводятся данные по обследованию и лечению больных с данной патологией.*

***Ключевые слова:** сахарный диабет 2 типа, гингивит, генерализованный пародонтит, рецессия, вторичная адентия.*

**2 ТИПТЕГИ ШЕКЕР ДИАБЕТ МЕНЕН
ООРУГАН ООРУЛУУЛАРДАГЫ
ПАРОДОНТТУН АБАЛЫ**

Бердиева Р.Р., Мамытова А.Б.

КРСУ, хирургиялык стоматология кафедрасы

***Резюме:** Бул макалада ооз көңдөйүнө жалпы гингивит, пародонт түрүндө көрүнгөн 2 типтеги шекер диабет менен ооруган 35 оорулуу адамды текшерүүнүн тажрыйбасы көрсөтүлөт. Бул патология менен ооруган оорулуу адамдарды текшерүү жана дарылоо боюнча маалыматтар көрсөтүлөт.*

***Ачкыч сөздөр:** 2 типтеги шекер диабет, гингивит, жалпы пародонтит, рецессия, экинчи иреттеги адентия .*

**THE CONDITION OF PARODONTIUM IN
PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELITUS**

Berdieva R.R., Mamytova A.B.

Kyrgyz-Russian Slavic University, Department of
Dental Surgery

***Summary:** This article presents data on the examination of 35 patients with type 2 diabetes melitus, having appeared in the oral cavity in the form of generalized gingivitis, parodontitis. The article describes data on the evaluation and treatment of the patients with this pathology.*

***Keywords:** Type 2 diabetes melitus, gingivitis, generalized parodontitis, recession, secondary adentia.*

По данным ВОЗ число больных сахарным диабетом (СД) около 150 млн человек, каждые 15

лет число больных СД в мире удваивается[3], что обуславливает возрастающую актуальность проблем, связанных с диагностикой и лечением этого заболевания [1]. В Кыргызстане зарегистрировано более 30 тыс. больных с сахарным диабетом[7]. Среди больных с СД лица, страдающие СД 2 типа занимают львиную долю. Больные с СД в большинстве случаев имеют воспалительные заболевания пародонта. Они носят генерализованный характер [1,2,5]. Патологические изменения в тканях пародонта считают следствием специфической для СД микроангиопатии[2,5]. Большинство исследователей рассматривают развитие пародонтита не только как осложнение соматического заболевания, но и как результат микробного воздействия на организм больного[2,4,5]. На тяжесть этих поражений существенное влияние оказывает плохо контролируемая гигиена полости рта [2]. В связи с этим явления гингивита и кровоточивости десен у них более выражены и, кроме того убыль костной ткани становится более значительной [5]. Вопросы диагностики, лечения и просвещения пациентов, страдающих СД 2 типа о наличии патологического состояния пародонта остаются открытыми.

Целью данного исследования явилось изучение состояния пародонта у больных с СД 2 типа, направленное на повышения качества оказания стоматологической помощи пациентам с заболеваниями пародонта при сахарном диабете 2 типа.

Материал и методы исследования. Исследования проводились у больных с сахарным диабетом II типа на базе отделения эндокринологии Городской клинической больницы №1,ОФ «Центр развития общей стоматологии» и стоматологической клиники «Демилге». Было обследовано 35 человек с СД 2 типа с давностью заболевания от 1 года до 17лет, в возрасте от 40 до 82 лет. Из них женщин было-21 и мужчин-14. Больные с СД 2 типа имели сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь-35 больных, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз-28 больных, узловой зоб-9больных, хронический панкреатит, холецистит-12 больных.

Всем пациентам проводились общеклинические исследования: уровень глюкозы крови, гликозилированный гемоглобин, ОАК, ОАМ, биохимические анализы крови: уровень холестерина, липопротеидов высокой(ЛПВП) и низкой плотности (ЛПОНП) и специальные стоматологические методы исследования. Для определения гигиенического состояния полости рта

применяли индекс гигиены по Федорову-Володкиной (1971). Для определения состояния тканей пародонта использовался индекс РМА (Рамга, 1960). Интенсивность поражения тканей пародонта оценивали по пародонтальному индексу (ПИ). Глубину пародонтальных карманов и фуркации измеряли с пародонтальным и фуркационным зондами. Так же использовали индекс нуждаемости в лечении болезней пародонта (СРITN) и рассчитывали по 5 бальной шкале.

Результаты исследования

В зависимости от степени нарушения обмена глюкозы обследованные с СД 2 типа разделены на 2 группы: инсулинзависимые - 7 человек (20%) и инсулинонезависимые 28 человек (80%). При осмотре в первой группе исходный уровень глюкозы в крови в среднем составил 12-17 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин от 7-13,2%. Содержание общего холестерина составило от 5 ммоль/л и выше. ЛПВП было от 2,0 г/л и более, ЛПОНП от 300 мг/л и более. Глюкоза в моче была у 3 человек. Во второй группе исходный уровень глюкозы в крови составил от 6-до 9,6 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин от 6,5-11,5%. Содержание общего холестерина от 5,0 ммоль/л и выше, у лиц с ожирением (1,2 степени) - 7 человек, уровень общего холестерина был от 8 ммоль/л. Уровень ЛПВП был от 2,5 и более, ЛПОНП от 400 мг/л и более. Глюкоза в моче была у 4 человек.

Стоматологический статус

При осмотре у больных с СД 2 типа в обеих группах диагностировано полная вторичная адентия у 10 человек, давность заболевания СД 2 типа более 10 лет, что составило 28,5% из числа обследованных. У 25 человек (72,5%) уровень гигиены по Ю.А.Федорову- В.В.Володкиной при окрашивании йод-йодисто-калиевым раствором результат оценивался как «неудовлетворительный» - 24% и «плохой» - 76%. Среднее значение РМА составило 65%, локализованный гингивит был у 3 больных, генерализованный гингивит у 5 человек. Генерализованный пародонтит у 17 больных с СД 2 типа. При измерении глубины карманов пародонтологическим зондом глубина составила от 3 до 7 мм. Индекс нуждаемости в лечении - СРITN составил 4 балла в 95 % случаев, то есть у 33 пациентов с СД 2 типа и только у 5 % пациентов полость рта была санирована. Нуждаемость в стоматологическом лечении у 95% случаев была связана с необходимостью в профессиональной гигиене полости рта - удалении наддесневых и

поддесневых камней, лечения кариеса корней зубов, что связано с наличием глюкозы в десневой жидкости и генерализованной рецессией десны. Так же у 5 больных (14%) подвижность оставшихся зубов была 3-4 степени, что явилось показанием к удалению этих зубов с последующим протезированием. Корректирующее лечение, после профессиональной гигиены полости рта, требовалось в 81% случаев: снятие нависающих краев пломб, избирательное пришлифовывание зубов, коррекция крючков протезов.

Лечение:

Все больные СД 2 типа с уровнем глюкозы от 12-17 ммоль/л получали общее лечение по следующей схеме: Стол №9, Актрапид НМ (препарат инсулина короткой продолжительности) п/к, постоянно - 3 больным, Протофан МС (препарат инсулина продолжительного действия) п/к - 4 больным, Тиогамма 600 мг (тиоколовая кислота - препарат способствует уменьшению содержания глюкозы крови и увеличивает содержание гликогена в печени) в/в №10, Аспирин 0,5 по ¼ таб. в день, всем больным.

Больные с сахарным диабетом с уровнем глюкозы от 6-10 ммоль/л получали Микстард 30НМ (препарат содержит биосинтетический инсулин), в случае резистентности к пероральным препаратам, №10-13 больным. Манинил (пероральный гипогликемизирующий препарат из группы производных сульфанилмочевины II поколения) по 1 таб. х 2 раза в день, Сиофор (гипогликемическое средство для перорального применения группы бигуанидов) 850 мг х 2 раза в день после приема пищи, постоянно. Аспирин 0,5 по ¼ таб. х в день, всем больным.

Местное лечение. Из 35 обследованных 28,5% (10 человек) имели полную вторичную адентию и пользовались съемными протезами, 40% которых нуждались в коррекции протезов. Остальным 25 пациентам проводили профессиональную гигиену полости рта удаление наддесневых и поддесневых камней с помощью ультразвукового скейлера, ручными инструментами универсальными и Грейси кюретами, которые адаптированы к любой форме корней зубов, что обеспечивает полное удаление поддесневого зубного камня, очищение и полировку корней, улучшая последующую адаптацию тканей и повторное прикрепление зубо-соединительного эпителия. Медикаментозную обработку карманов проводили орошением раствора хлоргексидина - 0,1%, полирование всех поверхностей зуба осуществляли с применением

полировочной пасты, что предусматривало устранение мелких частичек твердых отложений, резорбированного цемента и являлось профилактикой образования новых зубных отложений. После гемостаза и высушивание 3%-H₂O₂, в патологические карманы проводили аппликации на турунде с маслом чайного дерева (произв. Vitamax) № 2-5 через день. Устраняли ятрогенные и анатомические факторы, способствующие образованию камней. 6 больным провели избирательную пришлифовку зубов.

Выводы

1. Отмечена 95% нуждаемость больных сахарным диабетом 2 типа в стоматологической помощи. Диагностирована большая интенсивность утери зубов, наличие генерализованного запущенного пародонтита, кариозного процесса (преобладание кариеса корня). В связи с этим выявлена высокая нуждаемость в ортопедическом лечении.

2. Эффективность лечения больных сахарным диабетом 2 типа значительно улучшается при проведении местного стоматологического лечения на фоне лечения основного заболевания СД 2 типа.

Литература:

1. Герберт Ф. Вольф, Эдит М. Ратейцхак, Клаус Ратейцхак; Пародонтология Пер. с нем.; Под ред. проф. Г.М. Барера.- М.: МЕДпресс-информ, 2008. С.-548
2. Григорян К.Р., Барер Г.М., Григорян О.Р., Мельниченко Г.А., Дедов. И.И. Современные аспекты патогенеза пародонтита у больных сахарным диабетом Приложение. 2009. С.56
3. Дедов И.И., Фадеев В.В. Введение в диабетологию (Руководство для врачей). М.: Издательство Берг, 1998. С.200
4. Дзагурова Н.А. Метаболические показатели в оценке эффективности лечения воспалительных заболеваний пародонта у больных сахарным диабетом. Автореф. дис. канд. наук.-Ставрополь-2010. С.23
5. Иванов В.С. Заболевания пародонта. Москва, 2003. С.182
6. Зазулевская Л.Я. Практическая пародонтология. Алматы: Верена, 2006. С.348
7. Султаналиева Р.Б., Каложный С.И., Акимова О.А., Никольская Е.И. Клиническая эндокринология. Учебное пособие в 3 частях. Бишкек, КРСУ, 2004 г., С.45
8. Цепов Л.М., Николаев А.И., Михеева Е.А. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта-3-е изд., испр. и доп. Москва МЕДпресс-информ, 2008. С.272
9. Янушевич О.О., Гринин В.М., Почтаренко В.А., Рунова Г.С., и др. под ред. О.О. Янушевича Заболевания пародонта. Современный взгляд на клинко-диагностические и лечебные аспекты. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2010. С.160

III БӨЛҮК БАЛДАР СТОМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

III РАЗДЕЛ ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ВКЛАД ДЕТСКИХ СТОМАТОЛОГОВ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ В РАЗВИТИЕ СПЕЦИАЛЬНОСТИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

**Юлдашев И.М., Чолокова Г.С., Тыналиев У.А.,
Лесогоров С.Ф., Юлдашева Г.И., Джумаев А.Т.**
Кафедра стоматологии детского возраста,
челюстно-лицевой и пластической хирургии,
Кыргызско – Российский Славянский университет

Резюме. В статье представлено описание основных вех развития челюстно-лицевой хирургии в Кыргызской республике. В том числе представлено описание развития детской челюстно-лицевой хирургии, вклада детских челюстно-лицевых хирургов в развитие специальности.

БАЛДАРСТОМАТОЛОГДОРДУНЖАНА БЕТ- ЖААКХИРУРГДОРДУНКЫРГЫЗРЕСПУБЛИ КАСЫНДАГЫАДИСТИКТИНОНУГУУШУНО КОШКОНСАЛЫМЫ

**Юлдашев И.М., Чолокова Г.С., Тыналиев У.А.,
Лесогоров С.Ф., Юлдашева Г.И., Джумаев А.Т.**
Кыргызстан-Орусия Славян
университетинин Балдарстоматологиясы жана бет-
жаак, пластикалык хирургия кафедрасы.

Макалада Кыргыз Республикасындагы бет-жаак хирургиянын өнүгүү кадамдары баяндап жазылган. Ошол эле эсепте балдар бет-жаак хирургиясынын өсүү жөнүндө жазылып, балдар бет-жаак хирургтардын адистиктин өнүгүшүнө кошкон салымы да келтирилген.

CONTRIBUTION OF PEDIATRIC DENTISTS AND MAXILLO-FACIAL SURGEONS ON DEVELOPMENT OF THE SPECIALTY IN THE KYRGYZ REPUBLIC.

**IM Yuldashev, GS Cholokova, UA Tynaliev, SF
Lesogorov, GI Yuldasheva, AT Jumaev.**

Department of Pediatric Stomatology, Maxillo-Facial and Plastic Surgery of the Kyrgyz-Russian Slavonic University.

Article presents description of basic stages of Maxillo-Facial Surgery development in the Kyrgyz Republic. Also description of Pediatric Maxillo-Facial Surgery development and contribution of Pediatric Maxillo-Facial Surgeons on its progress are presented.

Детская стоматология и детская челюстно-лицевая хирургия - наиболее молодые разделы стоматологии и как отдельные отрасли науки возникли не сразу. Их развитию и становлению способствовали положительные тенденции социально-экономического развития, накопление знаний по стоматологии в России, СССР, Кыргызстане, изучение наследия врачей мира. Культура народов Центральной Азии имеет богатый опыт по развитию медицины, зубо врачевания. В этом плане в литературе имеются интересные данные о болезнях зубов, гигиене полости рта, описанных выдающимися нашими предшественниками. Тесные связи поддерживались между нашими учеными и мыслителями средневековья и Европы, такими как Гиппократ, Гален, Абу Али Ибн Сино, Аль Фараби и др. [3,10].

Развитие и становление стоматологической службы в нашей стране тесно связано с развитием стоматологии в бывшем СССР и странах СНГ. В Кыргызстане до революции 1917г. насчитывалось 6 зубных врачей их практическая деятельность носила частнопредпринимательский характер (К.Н. Нишанов, 1973). У истоков зубо врачевной помощи в республике, стояла зубной врач А.В. Рошковская. Она приехала из Благовещенска на Амуре и проработала 15 лет, и по праву ее можно считать одним из основателей зубо врачевной помощи населению Кыргызстана. В Кыргызстане в дореволюционный период насчитывалось лишь 6 больниц на 100 коек и 30 амбулаторий, которые в своём большинстве возглавлялись фельдшерами; врачей было всего 15. В 1915 г. появилось

несколько частных зубоврачебных кабинетов в г. Пишпек, а также по одному в гг. Ош, Пржевальске и Нарыне. В 1933 году в г. Фрунзе организована самостоятельная зубоврачебная амбулатория с тремя структурными подразделениями (терапия, хирургия, ортопедия). В 1938 г. она была реорганизована в зубоврачебную поликлинику. В эти годы уже было 13 зубоврачебных кабинетов, где работало 25 зубных врачей и 9 зубных техников [1,16].

Первым стоматологом в Кыргызстане был Я.М. Снежко, который занимался не только организаторской, но и преподавательской деятельностью. В 1938 г. он возглавил стоматологическую службу в республике, в которой к этому времени уже насчитывалось 12 зубных врачей. К началу Великой Отечественной войны в СССР была создана система доврачебной, первой врачебной и квалифицированной стоматологической помощи. К 1940 году в лечебно - профилактических учреждениях республики, кроме одной стоматологической поликлиники функционировало 49 зубоврачебных кабинетов, в которых уже работало 12 врачей стоматологов, 66 зубных врачей и 18 зубных техников [1,16]. В период Великой Отечественной войны в г. Фрунзе были эвакуированы Киевский и Харьковский стоматологические институты. Базой для них служила зубоврачебная школа. В этот период работали такие высококвалифицированные специалисты, как - проф. Л.Н. Бэлейкин, Д.П. Дудкин, М.Б. Фабрикант и др.

В 1963 г. была организована первая в Советском союзе кафедра стоматологии детского возраста в Московском медицинском стоматологическом институте, кафедру возглавил профессор А.А. Колесов. Возглавляемый им коллектив создал первый в стране учебник по стоматологии детского возраста (1970). Наряду с решением вопроса о подготовке детских стоматологов усилилось внимание к повышению квалификации и усовершенствованию детских стоматологов. В связи с этим, в 1986 г. ЦОЛИУВ была организована первая кафедра стоматологии детского возраста (зав. Проф. Т.Ф. Виноградова).

Министерством здравоохранения СССР был издан приказ №670 от 12 июня 1984: «Об улучшении стоматологической помощи населению», согласно которому в номенклатуру врачебных специальностей была введена специальность «стоматолог детский». В соответствии с этим приказом утверждено Положение о детском стоматологе, введена

интернатура по детской стоматологии, а также инструкция о порядке аттестации детского стоматолога на соответствие занимаемой должности и на врачебную категорию.

Знаменательной вехой в развитии стоматологии Кыргызстана, способствовавшей ее интенсивному развитию, явилась организация стоматологического факультета при КГМИ в 1960 г. В 1962 году на базе отделения общей хирургии РКБ было организовано самостоятельное челюстно-лицевое отделение на 35 коек. В этом же году было выделено 15 коек для обслуживания детей, т.е. была основана самостоятельная стационарная детская помощь.

С 1960г. на базе доцентского курса стоматологии кафедры госпитальной хирургии Киргосмединститута началась подготовка врачей-стоматологов, а с 1962г. на базе этого же курса организуется стоматологическая кафедра, объединяющая три профиля стоматологии: терапевтический, ортопедический и хирургический. Базой кафедры явились организованные при Республиканской клинической больнице стоматологическая поликлиника и отделение челюстно-лицевой хирургии (1962) [10]. С 1965 года, когда состоялся первый выпуск стоматологического факультета, здравоохранение Кыргызстана стало быстро пополняться не только зубоврачебными кадрами, но и врачами стоматологами. В этом же году в 4 – х стоматологических поликлиниках в г. Фрунзе были организованы детские отделения (зав. отделениями стали – Безбатченко СМ., Шейнман М. Ф., Сарбагышева А.Ж. и др.). Главным стоматологом г. Фрунзе в этот период была Кескина И.Д., которая особое внимание уделяла профилактической направленности детской стоматологии.

К 1970 г. в республике насчитывалось 7 самостоятельных стоматологических поликлиник в структуру которых входили детские отделения. Стоматологические поликлиники функционировали в г.г.: Ош, Кызыл-Кия, Майли-Сай, Пржевальск, Нарын, Фрунзе. 1 сентября 1972 года, приказом Минздрава Кыргызской республики №125 в отделении челюстно-лицевой хирургии организовано круглосуточное оказание ургентной помощи. Первой на дежурство заступила врач Бектембаева Б. И.

В 1976 г. в г. Ош была открыта детская стоматологическая поликлиника. С 1976г начато проведение циклов усовершенствования врачей стоматологов вначале при Киргосмединституте, затем в Киргизском государственном медицинском институте переподготовки и повышения

квалификации. В 1998г. организована кафедра стоматологии ФУВ. С 2003г она преобразована в кафедру стоматологии, челюстно-лицевой и пластической хирургии. 1989г по1993г циклы усовершенствования врачей – стоматологов детского профиля на кафедре проводил опытный педагог БекджановАсылбекАбдразакович. С 1993г усовершенствование врачей детских стоматологов проводит д.м.н., профессор Юлдашев И.М.

В 1976 г. на базе республиканской клинической больницы образовано самостоятельное отделение детской хирургической стоматологии на 35 коек с оказанием ургентной помощи. заведующим детского отделения челюстно-лицевой хирургии РКБ назначена Бектембаева Б.И. С 1980 по 1985 г.г. – Главный внештатный детский стоматолог МЗ КР, в 1996г. получила звание заслуженного врача Кыргызстана, в 2005г. награждена медалью «Данк». Воспитала не одно поколение челюстно-лицевых хирургов. С 1996г. отделение детской челюстно-лицевой хирургии переведено в Республиканскую детскую клиническую больницу (ныне Национальный центр педиатрии и детской хирургии). В этом же 1976 году при областной больнице в г. Ош было открыто самостоятельное челюстно – лицевое отделение (первым зав. отделением стал Исаев А.Т. в последующем Латыпов А.Л., а в настоящее время д.м.н. Ешиев А.М.).

В 1981 г. во Фрунзе была открыта первая многопрофильная детская стоматологическая поликлиника с анестезиологической службой. Главный врач с 1981 по 1985г. Караев Р.К., окончивший в 1964 г. стоматологический факультет Воронежского государственного медицинского института, с 1985 по 1989г. Мукашев Э.М., 1989 по 1991г. – Саалиев Н.С., с 1991 по 1997г. Безбатченко С.М., окончившая также стоматологический факультет Воронежского государственного медицинского института. С 1997 по настоящее время – Борончиев Т.Т., который в 1981 году окончил стоматологический факультет КГМИ. В 1995 году поликлиника была репрофилирована в стоматологическую поликлинику общего профиля.

В 1980 г. при КГМИ организован самостоятельный доцентский курс по детской стоматологии, а в 1983 г. доцентский курс, преобразован в кафедру детской стоматологии. Заведовал кафедрой проф. Абдрахманов С.А., окончивший в 1963 г. Воронежский государственный медицинский институт, а в 1968 г. – аспирантуру в Киевском государственном

медицинском институте и защитивший кандидатскую диссертацию на тему: «Сравнительная оценка некоторых методов местного обезболивания у стоматологических больных по данным функциональных показателей почек», а затем, в 1992г. и докторскую диссертацию на тему: «Врожденные несращения губы и неба у детей Республики Кыргызстан»[2]. С 1986 по 2001 г. являлся Главным внештатным детским стоматологом МЗ КР.

Открытие кафедры детской стоматологии КГМА сыграло большую роль в развитии детской стоматологической службы и подготовке научно-педагогических кадров по специальности в республике Кыргызстан. На кафедре работали: доц. Орозобеков С.Б., Чолокова Г.С., асс. Осадчий Н.Г., Джорупбекова Г.Т., Жапарова Д.Ж., Бекджанов А.А., Шиц В.Э., Базарбаева С.Б., Ысыева А.О., Давлетов Б.М., Качкынбаев К.К., Дзюбин А., Юлдашев И.М., Мамытова А.Б., Самудинов К.С.

В 1981 г. Орозобеков С.Б. в г. Ленинграде под руководством проф. Павлова Б.Л. защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Распространенность, клиника и лечение врожденных расщелин губы и неба в Кыргызской ССР» [11]. Им разработана классификация врожденных расщелин губы и неба. С 1986 г. - доцент кафедры детской стоматологии, а с 1998 г. - заведующий кафедрой стоматологии в КГМИПиПК. Защитил докторскую диссертацию: «Применение аутоаллогенных трансплантатов в пластике дефектов и деформаций опорных тканей лица» и в 2005 г. возглавил кафедру детской стоматологии в КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Направление научных изысканий стоматологов детского профиля охватывало все разделы детской стоматологии, однако, как видно из диссертационных работ одним из основных было изучение врожденной патологии верхней губы и неба в Кыргызстане.

Врожденные расщелины губы и неба являются одними из самых распространенных врожденных пороков у детей. Согласно статистическим данным, такая патология встречается в среднем у одного из каждой тысячи новорожденных. По данным других исследований общая частота морфологических пороков развития у детей до 1 года составляет примерно 27,2 на 1000 населения. Около 60% из них выявляются в первые 7 дней жизни уже в родовспомогательных учреждениях. Одно из ведущих мест среди пороков развития занимают орофациальные расщелины. Данная патология, по мнению исследователей, относится к порокам,

индуцированным эндогенными и экзогенными факторами [7,8,18,19].

В историческом аспекте изучение врожденной патологии в Кыргызстане стало возможным после организации отделения челюстно-лицевой хирургии при Республиканской клинической больницы. Более целенаправленные исследования удалось начать после организации отделения детской челюстно-лицевой хирургии, которое отделилось от взрослой челюстно-лицевой хирургии Республиканской клинической больницы. Основоположниками изучения вопроса врожденной патологии в Кыргызстане были доктор медицинских наук, доцент Орозобеков Султангазы Бакирович, доктор медицинских наук, профессор Абдрахманов Сарбат Абдрахманович, заслуженный врач Кыргызской республики Бектембаева Бибира Ибраимовна [12]. В результате кропотливых исследований данных архивов Республиканской клинической больницы Минздрава Кыргызской Республики, архивов родильных домов, других стационаров Орозобекову С.Б. удалось установить частоту распространенности врожденной патологии верхней губы и неба в Кыргызстане как 1 на 764 родов. В 1980-е годы 122-133 носителей расщелины ежегодно рождались в Кыргызстане. По результатам научных исследований, под руководством доктора медицинских наук, профессора Павлова Бориса Львовича, в 1981г. в г. Ленинграде (ныне Санкт Петербург) им защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.

Следует отметить, исследование врожденной патологии верхней губы и неба основательно изучались на стоматологических кафедрах педиатрического профиля. Эти данные легли и в основу докторской диссертации первого заведующего кафедрой стоматологии детского возраста Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева Сарбата Абдрахмановича Абдрахманова. 1992г. в г. Киеве, Украина, Сарбат Абдрахманович Абдрахманов защитил диссертацию на тему «Врожденные несращения неба у детей Республики Кыргызстан» на соискание ученой степени доктора медицинских наук. В своей докторской диссертации профессор Абдрахманов установил распространенность врожденных расщелин верхней губы и неба как: 1 на 640 рождений [12].

В 2000-2005 годах сотрудниками кафедр и отделения детской челюстно-лицевой хирургии Национального центра охраны материнства и детства предпринята попытка изучения

распространенности врожденной патологии губы и неба в северных регионах республики. В результате исследования было установлено, что в исследуемых населенных пунктах за 6 лет было зарегистрировано 121453 живых детей. Среди них выявлено 222 случая врожденных расщелин губы и неба. В соответствии с общепринятой формулой учета частоты врожденных расщелин можно сказать, что средняя частота данного порока развития на нашем материале составила 1 случай на каждые 547 случаев рождения. В разные годы в обследованных местах родилось различное число детей с врожденными расщелинами губы и неба. Однако в среднем ежегодно наблюдалось 37 новорожденных с расщелинами губы и неба.

На основании данных о рождаемости по Чуйской области и г. Бишкек за 2000-2005 годы, можно считать, что ежегодно в указанных населенных пунктах рождается в среднем 37 ребенка с расщелинами губы и неба, а за 6 лет родилось 222 таких детей. Представляет интерес не только средняя частота врожденных расщелин губы и неба в указанных населенных пунктах, но и динамика этого показателя в отдельные годы рассматриваемого периода. За этот период ежегодно рождалось от 23 (2000г.) до 68 (2005г.) детей носителей расщелин, а относительная частота колебалась значительно от 1: 700 до 1: 341.

Данные, полученные в наших исследованиях, дают основание полагать, что в генезе врожденных расщелин губы и неба также играют определенную роль как наследственные и социально – бытовые факторы (возраст родителей, очередность родов, сезонность зачатия), так и состояние здоровья матери, особенно, заболевания и интоксикации в первую треть беременности (токсикоз, психические и физические травмы, острые и хронические инфекции) [7,19].

В развитие темы исследований, в 2008г учеником доктора медицинских наук Орозобекова Султана Бакировича Давлетовым Болотбеком Мукаевичем защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Совершенствование методов диагностики, ортодонтического и ортопедического лечения деформаций фронтального отдела верхней челюсти у носителей врожденных расщелин верхней губы и неба после хейлоуранопластики» [5].

По направлению исследований по детской челюстно-лицевой хирургии в 2002г учеником Султана Бакировича Тыналиевым Уланбеком Амановичем защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на

тему: «Комплексное лечение острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации у детей с применением Рапина» [15]. В 2011г Буховым Максимом Владимировичем диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Совершенствование методики комплексного лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей с применением нового устройства для дренирования гнойных ран» [4].

Изучение путей реформирования стационаров челюстно-лицевой хирургии (взрослого и детского) проведено в диссертационной работе Джумаева Амантура Токтомбаевича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Оценка и пути повышения качества работы стационаров челюстно-лицевой хирургии в условиях реформы здравоохранения в Кыргызской Республике» (2010) [6].

Изучение стоматологического статуса у детей – стационарных больных проведено в диссертационной работе Супатаевой Тынары Усубалиевны на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Клинико-фармакологическое обоснование применения антиоксидантов природного происхождения при лечении заболеваний полости рта у детей с аллергическими болезнями» (2009) [13].

По проблемам стоматологии детского возраста состоялась защита кандидатской диссертации Ысыевой Айхамал Ороскановны на тему: «Влияние лечебно-профилактических средств, содержащих фтор, на физико-химические свойства ротовой жидкости у детей при кариесе» (2009) [17].

Большой пласт эпидемиологических исследований и проблем детской стоматологии содержится в диссертационной работе Исмаилова Алимбека Адылбековича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Социально-гигиеническое исследование современных условий оказания стоматологической помощи населению Кыргызской Республики и перспективы ее развития (на примере г. Ош и Ошской области)» (2011) [9].

Проблемы сохранения и расширения страховой стоматологической помощи детям и другим декретированным группам населения нашли свое отражение в диссертационной работе Сыдыкова Абдимамета Маметибраимовича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Клинико-эпидемиологические и организационные аспекты оптимизации страховой стоматологической помощи населению южных

регионов в переходный период социально-экономических преобразований в Кыргызской Республике» (2012) [14].

С 1999года проводится подготовка врачей стоматологов на медицинском факультете Ошского государственного университета. С 2004 года открыт прием по специальности «стоматологическое дело» на медицинском факультете Кыргызско-Российского Славянского университета (КРСУ) им. Б.Н. Ельцина. В 2005 году открыта кафедра стоматологии медицинского факультета КРСУ (Приказ №205-П от 06.06.2005г.). В 2006 году (Приказ №259-П от 30.06.2006г.) кафедра стоматологии разделена на две кафедры. Это кафедра терапевтической стоматологии с курсом ортопедической стоматологии (заведующий кафедрой – д.м.н., проф. Сельпиев Т. Т.) и кафедра хирургической стоматологии с курсом стоматологии детского возраста (заведующая кафедрой – к.м.н., доцент Мамытова А. Б.). В 2007г. (Приказ 208-П от 31 мая 2007г) кафедра терапевтической стоматологии с курсом ортопедии разделена на кафедру терапевтической стоматологии (заведующая кафедрой к.м.н., доцент Кожокеева В.А) и кафедру ортопедической стоматологии (заведующий кафедрой – д.м.н., проф. Сельпиев Т. Т.). В настоящее время кафедрой терапевтической стоматологии заведует к.м.н. Супатаева Т.У. Кафедра хирургической стоматологии с курсом детской стоматологии разделена на кафедру хирургической стоматологии (заведующая кафедрой – к.м.н., доцент Мамытова А. Б.) и кафедру стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии (заведующий кафедрой – д.м.н., профессор Юлдашев И.М.). Юлдашев И.М., обучался в аспирантуре кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Санкт-Петербургского медицинского университета им. акад. И.П. Павлова и под руководством профессора Дунаевского В.А. защитил диссертацию на тему: «Оценка клинических признаков, результатов лечения и профилактики лучевого остеомиелита нижней челюсти». С 1993г. он работал заведующим курсом детской стоматологии КГМИППК. В 2007г. им защищена диссертация на соискание научной степени доктора медицинских наук на тему: «Парадигмы оптимизации стоматологической помощи жителям сельских регионов в контексте формирования системы общественного здравоохранения в КР».

На кафедрах детской стоматологии ведется преподавание 4-х разделов: профилактики

основных стоматологических заболеваний, детской терапевтической и хирургической стоматологии, ортодонтии. Основоположителем научно – практического наследия по ортодонтии в Кыргызстане является Осадчий Н.Г., который в 1967 г. приехал из Одесского НИИ стоматологии. С 1967–1986 г. работал ассистентом кафедры терапевтической и ортопедической стоматологии, а с 1986 по 2000 г. ассистентом кафедры детской стоматологии КГМА. Основоположителем детской терапевтической стоматологии является доц. Чолокова Г.С. В 1971 г. закончила КГМА: Обучалась в аспирантуре в г. Москве и в 1985 г. под руководством проф. Каральника Д.М. защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Клинико-лабораторные исследования влияния различных добавок на свойства серебряной амальгамы». С 2004 г. по настоящее время – Главный внештатный детский стоматолог МЗ КР, с 2008 г. возглавляет кафедру детской стоматологии КГМА.

Таким образом, сотрудниками стоматологических кафедр педиатрического профиля и отделения детской челюстно-лицевой хирургии внесен определенный вклад в развитие специальности в Кыргызской республике. Кадровый потенциал кафедр детского профиля составляет один доктор медицинских наук, профессор, пять доцентов, восемь кандидатов медицинских наук, более тридцати молодых преподавателей, аспирантов и клинических ординаторов. Проводится изучение всех аспектов врожденной и приобретенной патологии у детей и подростков с упором на изучение распространенности, этиологических факторов, клиники, лечения и профилактики врожденной патологии верхней губы и неба в Кыргызстане.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдрахманов С. А., Мамытов А. М., Джумаев А. Т. История развития стоматологии в Киргизии //Здравоохранение Киргизии. – 1987. - №3. – С. 61-63.
2. Абдрахманов С.А. Врожденные несращения губы и неба у детей Республики Кыргызстан. Автореф. дис... д-ра мед.наук: Киев, 1992. – 41с.
3. Беляков Ю.А. Наследственные заболевания и синдромы в стоматологической практике, М., Медицина, 2000. – 198с.
4. Бухов М.В. Совершенствование методики комплексного лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей с применением нового устройства для дренирования гнойных ран. -Автореф. дис... канд. мед.наук: Бишкек, 2011. – 24с.
5. Давлетов Б.М. Совершенствование методов диагностики, ортодонтического и ортопедического лечения деформаций фронтального отдела верхней челюсти у носителей врожденных расщелин верхней губы и неба после хейлоуранопластики- Автореф. дис... канд. мед.наук: Бишкек, 2008. – 22с.
6. Джумаев А.Т. Оценка и пути повышения качества работы стационаров челюстно-лицевой хирургии в условиях реформы здравоохранения в Кыргызской Республике Автореф. дис... канд. мед.наук: Бишкек, 2010. – 24с.
7. Доклад ВОЗ 1998 , Эпидемиология врожденных заболеваний. Шульц-Аален Г.Ф. и др.,- Москва, 1999. - 297с.
8. Дубинин Н.П. Некоторые проблемы современной генетики. - М.: Медицина, 1994. - 223с.
9. Исмаилов А.А. Социально-гигиеническое исследование современных условий оказания стоматологической помощи населению Кыргызской Республики и перспективы ее развития (на примере г. Ош и Ошской области) Автореф. дис... канд. мед.наук: Бишкек, 2011. – 26с.
10. Нишанов К. Н. Исторический очерк развития стоматологической помощи населению Киргизии. – Фрунзе: Кыргызстан, 1973. – 52с.
11. Орозобеков С.Б. Распространенность, клиника и лечение врожденных расщелин верхней губы и неба в Киргизской ССР. - Автореф. дис... канд. мед.наук: Ленинград, 1981. – 24с.
12. Орозобеков С.Б., Абдрахманов С.Б., Врожденные расщелины верхней губы и неба. Клиническая картина и диагностика. – Методические рекомендации для студентов, Фрунзе, 1988. – 20с.
13. Супатаева Т.У. Клинико-фармакологическое обоснование применения антиоксидантов природного происхождения при лечении заболеваний полости рта у детей с аллергическими болезнями. -Автореф. дис... канд. мед.наук: Бишкек, 2009. – 24с.
14. Сыдыков А.М. Клинико-эпидемиологические и организационные аспекты оптимизации страховой стоматологической помощи населению южных регионов в переходный период социально-экономических преобразований в Кыргызской Республике. - Автореф. дис... канд. мед.наук: Бишкек, 2012. – 24с.
15. Тыналиев У.А. Комплексное лечение острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации у детей с применением Рапина. -Автореф. дис... канд. мед.наук: Бишкек, 2002. – 24с.
16. Шейнман В. Ю. Научно-практическое наследие стоматологов Кыргызстана. – Бишкек, 2001. – 120с.
17. Ысыева А.О. Влияние лечебно-профилактических средств, содержащих фтор, на физико-химические свойства ротовой жидкости у детей при кариесе. -Автореф. дис... канд. мед.наук: Бишкек, 2009. – 22с.
18. Park-WyllieL. Birthdefectsaftermaternalexposuretocorticosteroids: prospectivecohortstudyandmeta-analysisofepidemiologicalstudies // Lancet. – 2004. – Vol. 134. – N12. – P. 235-237.
19. SafraM. J., OakleyG. P. J. Association between cleft lip with or without cleft palate and prenatal expo sure to diazepam // Lancet. – 2005. – Vol. 135. – N3. – P. 189-193.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ОРТОДОНТИИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

**Чолокова Г.С., Юлдашев И.М., Давлетов Б.М.,
Минеева Н.А., Касенова Н.С., Темиров М.М.**
Кафедра детской стоматологии КГМА им. И.К.
Ахунбаева г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье описана история развития ортодонтии в мировой практике и в Кыргызстане.
Ключевые слова: ортодонтия, история развития, детская стоматология.

КЫРГЫЗСТАНДА ОРТОДОНТИЯНЫН ӨНҮГҮСҮНҮН ТАРЫХЫ

**Чолокова Г.С., Юлдашев И.М., Давлетов Б.М.,
Минеева Н.А., Касенова Н.С., Темиров М.М.**
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиянын балдар стоматология
кафедрасы Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: макалада Кыргызстанда жана дүйнөлүк практикада ортодонтия илимий тарыханын өнүгүсү жазылган.
Негизги сөздөр: ортодонтия, өнүгүсүнүн тарыхы, балалык стоматология.

DEVELOPMENT HISTORY OF ORTHODONTICS IN KYRGYZSTAN

**Cholokova G.S., Uldashev I.M., Davletov B.M.,
Mineeva N.A., Kasenova N.S., Temirov M.M.**
Department of children stomatology K SMA of I.K.
Ahunbaev t. Bishkek, Republic of Kyrgyzstan

The resume: this article presents development history of orthodontics in the word practice and in Kyrgyzstan.
Key words: orthodontia, development history, children stomatology.

...ортодонтия ближе к искусству, чем другие разделы стоматологии, для работы в ней требуются талант, энергия, особая подготовка и преданность делу.

E.Angle.

В своем историческом развитии ортодонтия, как наука, прошла целый ряд этапов.

В местах поселения древних греков и этрусков археологи обнаружили примитивные ортодонтические аппараты. Первые документы о

методах исправления положения зубов были найдены в египетских папирусах 2 века до н.э.[4].

Имеется упоминания об ортодонтии и в книге Цельса (Aulus Cornelius Celsus «De medicina»), написанной в 1 веке до н.э. Цельс первым из врачей того времени выделил болезни полости рта в самостоятельную дисциплину, положив начало систематизации разделов медицины. Он рекомендовал положение неправильно прорезавшихся постоянных зубов. Первые ортодонты старались проанализировать и изменить пропорции лица. Сам термин «ортодонтия» был предложен французским ученым Лефулоном в 1839 году. В переводе с греческого он означает «выравнивание зубов» и отражает цель исправления зубочелюстной патологии на момент возникновения ортодонтии исправить положение зубов и их групп, нормализовать форму зубных рядов [4].

По мнению болгарского ученого Сл. Давидова, который в своей книге «ортодонтия» (1971) приводит деление исторических этапов развития ортодонтии по Соломону (Будапешт), который различает четыре школы:

1. Старая школа (1728-1890), связана с именем Энгля;
2. Новая школа (1890-1910), развита Мершоном;
3. Современная школа (1910-1929);
4. Наисовременнейшая школа (1930г по настоящее время), основоположники Хейпеп (Прага), Андерзен (Озло), Катц (СССР) [2].

К 1910 году в Германии все университеты обязаны были иметь кафедры ортодонтии. В США к этому времени уже открылись прекрасно оснащенные учебные заведения для ортодонтов [3].

В Германии в 30-е годы 20 века в медицинских институтах открывались факультеты ортодонтии, и в этом велика заслуга Е. Angle. Angle выдвинул требование, согласно которому ортодонт должен заниматься только «регулированием зубов», а не всей стоматологической практикой в полном объеме. Только в этом случае можно реализовать себя в этой профессии [3].

Научная, а так же клиническая ортодонтия достигла значительного развития в 20 веке. Вопросы ортодонтии обсуждались на 1 Всероссийском (1923г), 2 Всероссийском (1925г.) и 3 Всероссийском (1928г) одонтологических съездах с демонстрацией аппаратов и способов лечения [1]. 16-20 августа 1926г в Нью-Йорке «Alumni society of the Angle school of orthodontia» под руководством W. Fisher был организован 1 Международный конгресс ортодонтов (IОС), за

которым последовали успешный форум 20-24 июля 1931 г. в Лондоне [3].

В 1929г. был основан Американский комитет ортодонтии (American Board of Orthodontics - ABO), явившийся старейшим специальным комитетом в стоматологии. Его создателем явился А.Ketcham. Он и его единомышленники считали, что ортодонтия должна иметь сертификат. К началу 50-х годов 20 века Американская стоматологическая ассоциация признала Комитет официальным, сертифицированным комитетом в стоматологии [3].

В 1948г. был создан Национальный институт дентологических исследований (NIDR), явившийся катализатором развития фундаментальных исследований в области врожденной патологии ЧЛО [3].

В СССР первая кафедра ортодонтии была основана, под руководством К.П.Тарасова в Киевском медицинском институте в 1920г [3].

Последипломное ознакомление врачей с ортодонтией стало проводится на курсах усовершенствования врачей в Центральном институте усовершенствования лишь с 1947 г.(в Великобритании, например, с 1949 г. уже существовало годичное постдипломное ортодонтическое образование) [3].

Важными историческими документами в организации ортодонтической помощи детям в Советском Союзе являются резолюции Первой Межреспубликанской конференции врачей-стоматологов по ортодонтии (Рига, 5-8 июня 1957 г.) и 5 Всесоюзного съезда стоматологов (Киев, 7-11 октября 1968 г.). В резолюции съезда указывается необходимость принятия местными органами здравоохранения неотложных мер по завершению организации ортодонтических кабинетов во всех районах, города и республиках (областях) [5].

1980 г.- Центральный ордена Ленина институт усовершенствования врачей, где создана кафедра ортодонтии во главе с профессором Ф.Я. Хорошилкиной [1].

1990 г.- Московский Медицинский стоматологический институт, где создана кафедра ортодонтии и детского протезирования, заведующий- профессор Л.С. Персин [2].

В разные годы в развитие ортодонтии внесли большой вклад:

А.Я.Катц, И.С. Рубинов, Д.А.Калвелис, А.И. Бетельман, С.И. Криштаб, А.Д. Мухина, Ю.М. Александрова, И.М. Оксман, Л.М. Демнер, Ф.Ф. Моннанова, А.А. Погодина, Б.Н. Бынина, Ф.Ю. Курляндский, Л.В.Ильина-Маркосян, Х.А.

Каламкаров, Ф.Я. Хорошилкина, Ю.М. Малыгин, Н.Г. Снагина, И.М. Ужумедкене, А. Эль-Нофели, Е.Н. Жулевым, Е.М. Гаврилов, А.С. Щербаков, Л. Персин, М.З. Миргазизов, В.Н. Трезубов, Г.Б. Оспанова, О.И. Арсенина [1].

В 1995 г.- на первом съезде была создана ассоциация ортодонтотв России [2].

Первым президентом был избран профессор Л.С.Персин [2].

С 1996 г издается журнал «Ортодонтия». В октябре 2003 г. коллегия МЗ РФ приняла решение об открытии кафедр и курсов ортодонтии в других вузах России [2].

Идея создания отделения ортодонтии в Киргизской ССР принадлежит Нурдинову М.Н., который по окончании целевой клинической ординатуры по ортодонтии в г. Волгоград вернувшись на родину, совместно со следующими врачам: Литвиновым Н.И., Шелудько Л.Е., Сомкуловым Д.Д., Борончиевым Т.Т. и др., организовал целенаправленное обследование детей по выявлению различных патологических состояний зубо - челюстной системы, в том числе и ортодонтического профиля. Было обследовано 10000 детей различного возраста всех районов г.Фрунзе, в результате чего выяснилось, что 76% детей нуждаются в лечении у врача - ортодонта, 44% нуждаются в аппаратурном лечении, остальным необходимо проводить профилактические мероприятия. Учитывая данные обследования, возник вопрос о создании штатных единиц врачей – ортодонтотв. После чего 1981 г. в г.Фрунзе было организовано отделение ортодонтии и детского протезирования на базе ГДСП№6 , где было утверждено 12 штатных единиц врачей - ортодонтотв и 12 штатных единиц зубных техников - ортодонтотв (приказ №165 от 07.07.1981г. МЗ КССР).

С открытием поликлиники работали и работают следующие врачи:

Н.И.Литвинов, Л.Е.Шелудько, Сомкулов Д.Д., Борончиев Т.Т., Нурдинов М.Н., Дюшеева С.Д., Щиц В.Э., Сыдыгалиев Ж.Ж., Бимбад М.Б., Алымкулов Э.К., Бангиев П.А., Турганбаева А.С., Бараталиев Д.Т., Ходжаев Х.С., Дооталиева А.А., Исаева Р.И., Суйналиева А.Ж., Чоткараев М.Р., Рыскулов С., Кульчицкая О.А., Шадыбекова А.А., Давлетов К.М., Велиева С.А.

Также в г.Фрунзе работали такие врачи – ортодонты как Станкевич, Аязбекова, Тюменбаев.

С 2007 года вышел приказ БТУ ФОМС №95 от 16 апреля. О мерах по совершенствованию ортодонтической помощи населению.

С целью дальнейшего совершенствования организации ортодонтической помощи и приближения доступной квалифицированной стоматологической помощи населения г.Бишкек.

В г.Ош- 1969 г. был открыт ортодонтический кабинет, где вел прием врач ортодонт Хашим Хакимов.

1976 г. открыта детская стоматологическая поликлиника.

1998 г. в Ошской областной стоматологической поликлинике утвержден штат ортодонта, где по настоящее время ведет прием врач ортодонт Абылкасымов М.Т.

В г. Каракол в 1984 г. организован ортодонтический кабинет, где вел прием Турсунбаев С.С., в 1986 г. врач ортодонт Усупбаев К.Т.

В 1993 г. организована областная стоматологическая поликлиника, врачом ортодонтом назначен Усупбаев К.Т.

Основоположителем научно-практического наследия в Кыргызстане является Осадчий Н.Г., который в 1967 г. приехал из Одесского НИИ стоматологии. С 1967-1986 г. работал ассистентом кафедры терапевтической и ортопедической стоматологии, а с 1986-2000 г. являлся ассистентом кафедры детской стоматологии. Также на кафедре работали: Шиц В.Э., Дзюбин А., Шульженко К.П., Таранов Р.С.

В настоящее время на кафедре работают:

ДАВЛЕТОВ Болот Мукаевич

1985г-окончил стоматологический факультет Кыргызского Государственного Медицинского Института,

1985-1987г. прошел клиническую ординатуру по специальности «Ортодонтия» в Центральном Ордена Ленина Институте Усовершенствования Врачей на кафедре ортодонтии в г.Москва под руководством профессора Хорошилкиной Ф.Я.

С 1987 г по настоящее время работает на кафедре детской стоматологии КГМА.

В 1999 г награжден значком «Саламаттык сактоонун ардактуу кызматкери»

2008 г защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Вопросы реабилитации детей и подростков с врожденными, несращениями губы и неба».

Также на кафедре в настоящее время работают следующие ассистенты:

с 2007г. Минеева Надежда Александровна, с 2009 г. Ким Александр Анатольевич, с 2010г. Аспердинов Акылбек Турсунбекович.

Кафедра детской стоматологии КГМА тесно сотрудничает с кафедрой стоматологии детского

возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии КРСУ им. Б.Н. Ельцина, где работают следующие ортодонты:

Шакелов Акылбек Рафилиевич с 2007г., Абдурахманов Акмаль Хасанович с 2008г., Темиров Мухридин Махамадханович с 2010г.

На базе ГДСП №6 была организована кафедра стоматологии в 1983г, где шла подготовка ординаторов по Ортодонтии не только с Республики, но и с зарубежа: Балабановский А, Алымканов С, Дзюбин А, Джентемишева А, Аманова Г, Самара Баян, Аль Шили Хусам Ахмед, Раян Кума Омар, Кавасми Суфьян, Аль Вахшат Али, Абу Шахла Ихсан, Таранов Р.С, Ким А.А, Юсупова Р.Х, Минеева Н.А, Абдурахманов А.К, Мурадян А. А, Аспердинов А.Т, Темиров М.М, Каиров Э.С, Назарова Н. М, Мамбеталиев Ж.А, Омурбеков М. Д, Джасым Аль Ясир, Альмумани Ахмед Мухамед.

Ортодонты КР повышая уровень клинической подготовки, сотрудничают с зарубежными ортодонтами (Германия), обмениваются опытом в лечении детей с врожденными пороками ЗЧС, на базе НЦОМид.

Ортодонты КГМА и КРСУ принимают участие в мировых и европейских конгрессах, съездах Стоматологической ассоциации России, съездах ортодонтов России.

Основным видом деятельности ортодонтов КГМА и КРСУ является клиническая работа, и все результаты научных разработок внедряются в клиническую практику, повышая эффективность ортодонтического лечения детей, подростков и взрослых.

Список литературы:

1. Абалмасов Н.Г., Абалмасов Н.Н. Ортодонтия. Уч. пособие.- М.- 2008. – С. 12-18.
2. Персин Л.С. Ортодонтия. Руководство для врачей. – М. – 2004. – С. 6-17.
3. Персин Л.С., Алимова М.Я. История ортодонтии: образование, печать, профессиональные организации в первой половине XX века. / Стоматология. – 2004. - №3. – С. 62-66.
4. Персин Л.С., Алимова М.Я. История ортодонтии: предпосылки к возникновению специальности. / Стоматология. – 2004. - №3. – С. 78-80.
5. Троянский Г.Н., Миргазизов М.З. Развитие отечественной ортодонтии в г. Кемерово. – 1980. – С.36-37.
6. Чолокова Г.С., Юлдашев И.М., Давлетов Б.М. и соавт. История развития детской стоматологии в Кыргызстане и место в ней Российских ученых. – / Научно-практический медицинский журнал: «Здравоохранение Кыргызстана». – 2010. - №3. – С. 17-22.

**ЛЕЧЕНИЕ АНОМАЛИЙНОГО ПОЛОЖЕНИЯ
ЦЕНТРАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ**

Мамеков А.Д., Рузденкова А.С.

Каз НМУ им.С.Д.Асфендиярова Республика
Казахстан, г.Алматы

Актуальность проблемы: Диастемой называют промежуток между центральными резцами. Диастемы нарушают функцию речи, а также внешность больного, поэтому нередко требуется лечение. Диагностика и лечение диастемы представляют определенные трудности. Многолетние наблюдения за больными, обращающимися за консультацией с целью ортодонтического лечения показали, что многие имеют патологические изменения в зубном ряду в виде деформаций из-за несвоевременного исправления зубочелюстных аномалий. Влияние измененных функциональных условий на протяжении нескольких лет может привести к образованию патологического состояния зубов и поддерживающих тканей, ВНЧС и мышц.

Задачей работы являлось сравнительное изучение особенности перемещения зубов при лечении различных видов диастемы. При определении видов диастемы мы придерживались классификации Ф.Я. Хорошилкиной (1982), которая различает следующие виды диастемы: первый вид- латеральное отклонение коронок резцов при правильном расположении верхушек их корней; второй вид- корпусное латеральное смещение резцов; третий вид- медиальный наклон коронок центральных резцов и латеральное отклонение их корней.

Материалы: под наблюдением находились 22 больных в возрасте от 9 до 25 лет.

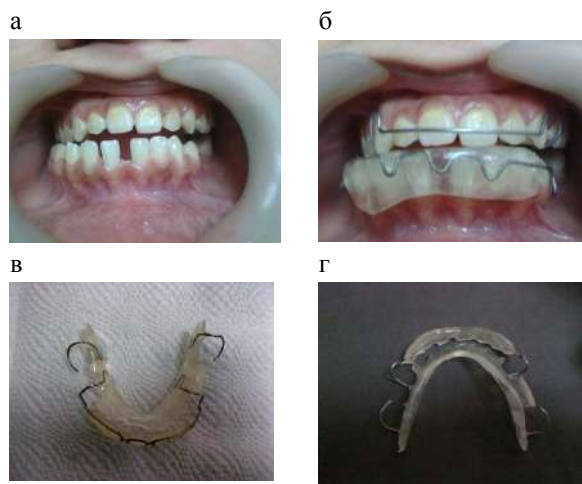
Распределение больных по видам диастемы:

1-й вид	2-й вид	3-й вид
12	7	3

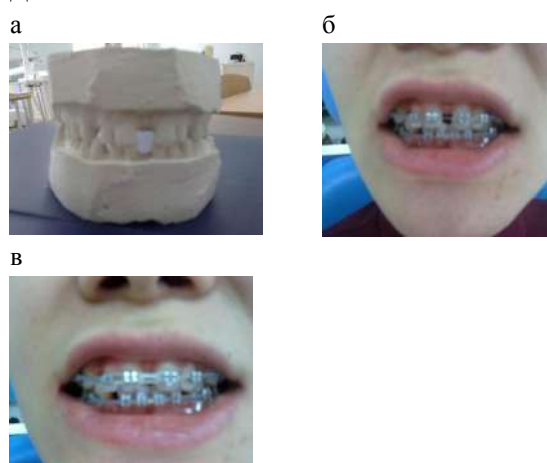
Методика исследования: Клиническое исследование, биометрия гипсовых моделей (Pont, Korkaus), ортопантограмма, 3Д- снимка, цефалометрический анализ телерентгенограмм.

Лечение 1 вида диастемы осуществляется съемными и несъемными ортодонтическими аппаратами.

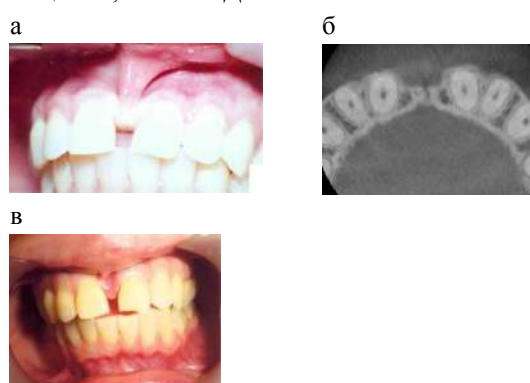
При лечении второго вида диастемы используются аппараты, с помощью которых достигаются корпусное перемещение зубов.



Клинический пример: рис.3. Пац. А.С. 1988 г.
Диастема



Клинический пример: рис.3. Пац. Н.С. 1986 г.
Диастема обуславливается сильно развитой уздечкой верхней губы, достигающей промежутка между центральными резцами.
Пац.Н.С.,1986 г. Диастема

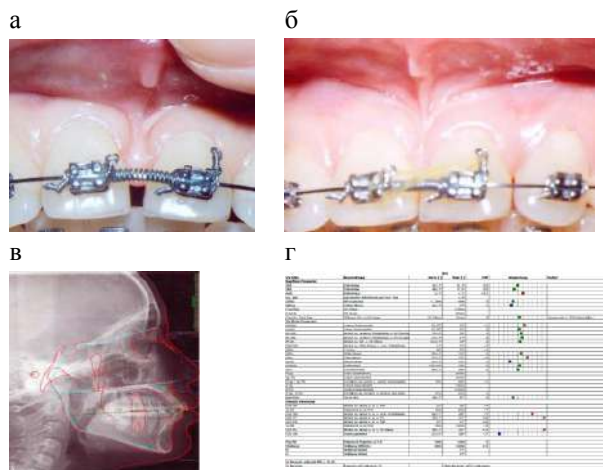


а- при поднятии верхней губы низкое прикрепление уздечки приводит к анемизации десны в области центральных резцов; б- на рентгенограмме области центральных резцов отчетливо видно отсутствие костной ткани в участках прикрепления уздечки; в- после хирургической пластики уздечки поднятие губы не влияет на

кровообращение десны.

Корпусное перемещение при лечении диастемы
При комплексном лечении диастемы произведено поэтапное перемещение резцов

Слайд-20. Рисунок 12. пац. Н.С. 25 лет. а- до лечения; б – 3-Д снимок резцов верхней челюсти. Расстояние между коронками значительно меньше, чем расстояния между корнями; в- телерентгенограмма; г- сагиттальные, вертикальные и денальные параметры;



Слайд-21. Рисунок 11. пац. Н.С. 25 лет. а- до лечения; б-на этапе лечения. Характерной особенностью применяемого аппарата является наличие искусственной опоры (1) против перемещаемых зубов и расположенного на уровне верхней половины коронковой части перемещаемых центральных резцов. Точка приложения силы (2) находится на уровне нижней половины коронковой части перемещаемых зубов (а). Такое положение дает возможность продолжать перемещение корневой части при удерживании коронковой части, в результате чего зубы перемещаются корпусно (в).

Схематическое отображение механизма корпусного поэтапного перемещения зубов пластинкой с рукообразной пружиной и искусственным опорным зубом представлена на слайде-17.



Слайд-17. Рисунок 11. а- под воздействием рукообразной пружины создаются характерные зоны; 1 и 4 – зоны тяги, 2 и 3 – зоны давления; б – наклонно-вращательное перемещение: 1 и 4 – зоны новообразованной кости. 2 и 3 – зоны резорбции кости; в - продолжая активирование рукообразной

пружины добиваемся перемещения корневой части зуба, так как коронковая часть ее удерживается искусственной опорой и при этом получаем следующие зоны: 1 и 3 – новообразованной кости; 2 и 4 - резорбции кости. Последующее перемещение зуба возможно только после сошлифовки опоры

Слайд-16 Рисунок 10. Пац.Р.Н.,9 лет. Аномалийное положение бокового резца верхней челюсти. Проведено поэтапное корпусное перемещение бокового резца съёмной пластинкой с рукообразной пружиной и искусственным зубом Пружину активировали в день сдачи и еженедельно, опору сошлифовывали при наличии плоскостного контакта между перемещаемым зубом и опорой на 1-2 мм



Корпусное перемещение зубов. Перемещение зубов корпусным путем связано с применением ортодонтических аппаратов сложной конструкции. В то же время в клинике, корпусное перемещение зубов возможно достигнуть используя съёмные пластинки с рукообразными пружинами и искусственным зубом для опоры против коронковой части перемещаемого зуба (рис 10)

	1-й вид	2-й вид	3-й вид	1-й вид	2-й вид	3-й вид
	до лечения			после лечения		
Возраст пациентов	от 9 до 25 лет			от 9 до 25 лет		
Расстояние между коронковой части	20	20	20	00	00	00
Расстояние пришеечной области	23	20	23	2	2	3
Расстояние корневой части	25	20	29	3-5	3-5	3-5
Длина переднего отрезка	20	18	17	18	16,5	16

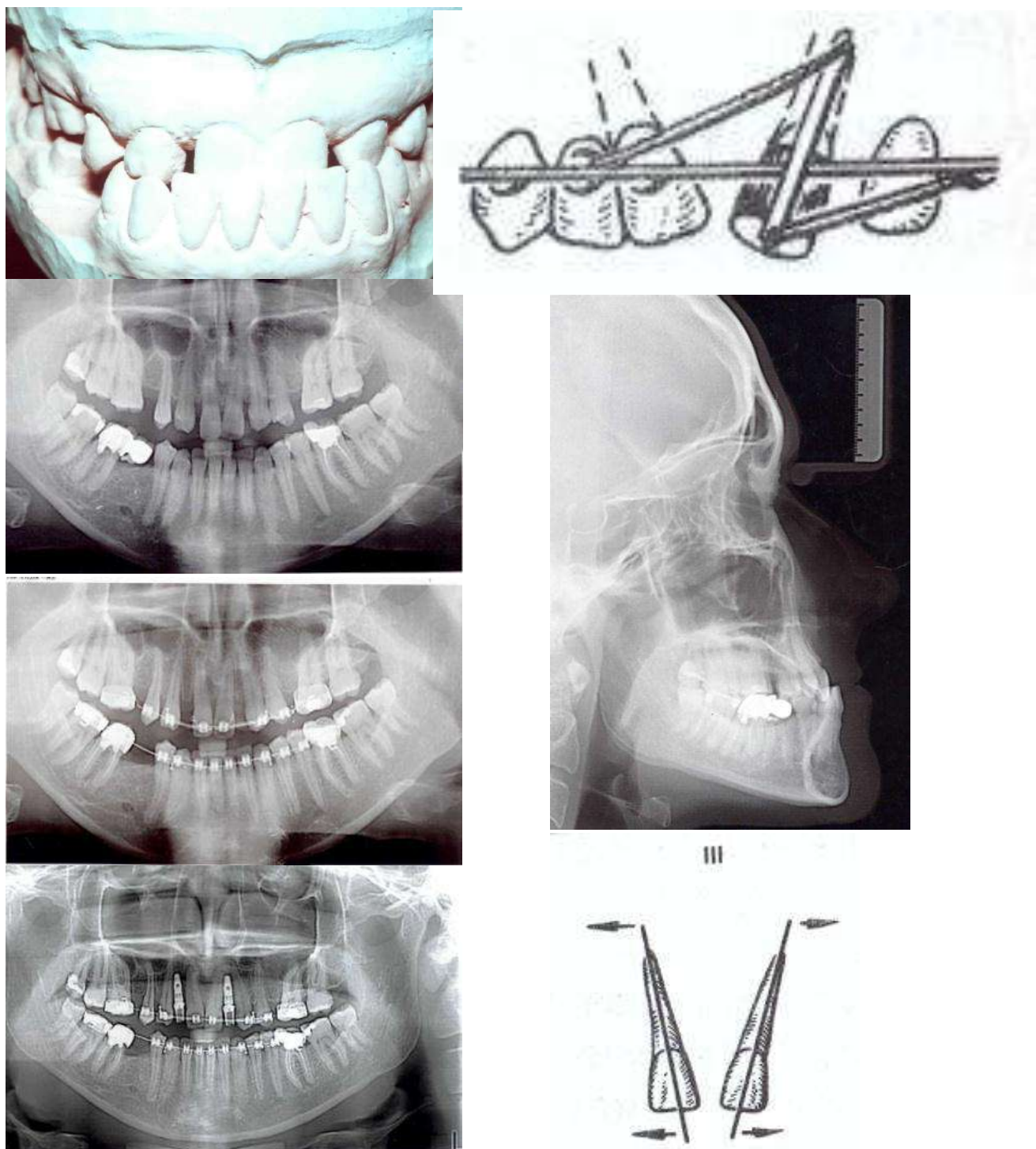


Рисунок 1
Лечение диастемы 3 вида аппаратом Хорошилкиной с разносторнной резиновой тягой.

На левый центральный резец изготовлена коронка (кольцо) с припаянной вертикальной штангой заканчивающаяся в виде крючка (1). На ортодонтической дуге припаяны крючки (2). Между 1 и 2 накладывается разнонаправленная резиновая тяга. Недостатком является необходимость лабораторного изготовления коронки с применением припоя, а также

громоздкость фиксирующих резиновую тягу приспособлений, которые нарушают функции прилегающих мягких тканей.

При применении аппаратов традиционной конструкции расстояние между частями коронки и корней уменьшилось? Но при применении разработанной конструкции расстояние между корневой частью уменьшилось на 2 мм больше

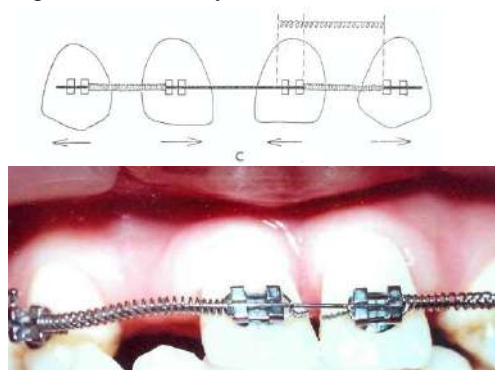


Рисунок 2

Для лечения диастемы применяется брекет-система с использованием пружины (1) надетую на дугу (2).

Выводы:

При лечении диастемы необходимо учитывать возможность корпусного перемещения зубов. При медиальном перемещении зубов утолщается костная перегородка между небным швом и центральным резцом. При лечении диастемы 3 вида целесообразно применение несъемными аппарата с искусственной опорой против перемещаемого зуба. Уменьшение наклона перемещаемого зуба возможно при применении специальных приспособлений, позволяющих применять поэтапное перемещение зуба.

Литература:

1. Персин Л.С. Ортодонтия. М.: Медицина, 2004 [173-178]
2. Персин Л.С. Современные методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий. Руководство для врачей. [204-208]
3. Аболмасов Н.Г. Ортодонтия: Учебное пособие. М.: МЕДпресс-информ. 2008. [390-392]
4. П.С.Флис, Н.А.Омельчук, Н.В.Ращенко-К. Ортодонтия., Мединина, 2008. []
5. Мамаков А.Д. Автореферат докторской диссертации. []
6. Ульям Р.Проффит. Современная ортодонтия. М. «МЕДпресс-информ». 2006. [339-341]
7. Ф.Я.Хорошилкина. Ортодонтия М.Мед-информ-агентство. 2010. []
8. Литература: 1.Руководство по ортодонтии /Под ред. Ф.Я.Хорошилкиной.- 2-е изд.перераб. и доп. – М.: Медицина, 1999. []
9. Kaminek M.: Kieferorthopadische Therapie mit festsitzenden Apparaturen.,Leipzig,1980. [167].
10. Журнал Проблемы стоматологии №3-4, 2011г., [84-87]

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕЧЕБНО – ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, СОДЕРЖАЩИХ ФТОР, ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Ысыева А.О., Давлетов Б.М., Борончиев Т.Т.
Кафедра детской стоматологии, КГМА им. И. к.
Ахунбаева

Городская стоматологическая поликлиника №6
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Изучена проблема профилактики кариеса зубов у детей школьного возраста. Проведен обзор литературы и представлены собственные данные по определению фтора в ротовой жидкости у 214 детей школы - гимназии № 5 г. Бишкек.

Ключевые слова: профилактика, фтор, ротовая жидкость, лечебно-профилактические средства, кариес, интенсивность.

МЕКТЕП КУРАКТАГЫ БАЛДАРДЫН ТИШИНДЕГИ КАРИЕСТИН АЛДЫН АЛУУДА ФТОР КОШУЛМАСЫ БАР КАРАЖАТ МЕНЕН ДАРЫЛАП, АЛДЫН АЛУУ УЧУН КОЛДОНУУ.

Ысыева А.О., Давлетов Б.М., Борончиев Т.Т.
И. К. Ахунбаев атындагы КММА,
Балдар стоматология кафедрасы
№6 шаардык стоматологиялык бейтапканасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Кортунду: кариес оорусун алдын алуу маселелери мектеп жашындагы балдарда изилденди. Кеңири адабий маалымат жүргүзүлдү жана Бишкек шаарынын №5 гимназиясында изилденген 214 балдардын маалыматы көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: алдын алуу, фтор, шилекей, алдын алуу каражаттары, кариес, ыргалдуулук

THE USE OF HEALTH CARE PRODUCTS CONTAINING FLUORIDE TO PREVENT DENTAL CARIES IN CHILDREN OF SCHOOL AGE.

Ysyeva A.O., Davletov B.M., Boronchiev T.T.
K SMA in the name of I.K Ahunbaev
The Department of Pediatric Dentistry
City dental clinic № 6 Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Studied the problem of prevention of dental caries of school children. Review of the literature and presentation of the data has been done on the determination of fluoride in saliva of 214 children of Bishkek school № 5.

Keywords: prevention, fluoride, oral liquid, medical and preventive medicine, tooth decay, intensity.

Введение

Ведущее место в предупреждении снижении частоты заболеваний зубочелюстной системы и их осложнений занимают профилактические мероприятия. Как показывает

15 – 25 летний опыт изучения этих вопросов в ряде стран мира по реализации государственных программ профилактики стоматологических заболеваний, проведение таких мероприятий, как фторирование воды и молока, соблюдение каждым жителем правил личной гигиены полости рта, своевременное обращение к врачам стоматологического профиля за советом с целью обучения правилам гигиены для проведения профилактики заболеваний зубов и десен, обеспечивает сохранность зубов на многие годы

Высокая распространенность и интенсивность кариеса зубов среди детского населения выдвигают проблему профилактики как основную в стоматологии. Быстрое увеличение частоты поражения кариесом постоянных зубов уже в первые годы после их прорезывания, на стадии созревания эмали заставляют искать рациональные способы и пути его предупреждения [5].

Соблюдение правил личной гигиены полости рта является обязательным для каждого современного человека и считается одним из критериев оценки уровня его общей культуры. Самостоятельное применение пациентами фторсодержащих препаратов (полоскание рта, использование фторсодержащих зубных паст и гелей) способствует уменьшению возможности развития заболеваний на 20 – 50 % [11, 12, 13, 14].

Данные изучения литературных источников последних лет свидетельствуют о том, что соблюдение гигиенических норм полости рта является одним из главных способов и методов профилактики кариеса зубов [4,7,1]

Плохое состояние полости рта, способствует изменению биохимического состава слюны [8,9,3]. Ротовая жидкость обладает определенной стабильностью биохимического состава, которая служит необходимым условием эффективного функционирования системы эмаль зуба – слюна [6].

С помощью гигиенических и лечебно – профилактических зубных паст можно обогатить ротовую жидкость различными микроэлементами., биологическими добавками , что благоприятно влияет на физические – химические свойства слюны, а следовательно на твердые ткани зубов [15].

Одним из исключительно важных минеральных компонентов ротовой жидкости является фтор, который входит в состав фторапатита и играет важную роль в процессе реминерализации.

В связи, с чем **целью** настоящей работы явилось: Определить содержания фтора в ротовой жидкости у детей до и после лечебно - профилактических мероприятий.

Материал и методы

С этой целью нами было обследовано 214 детей в возрасте 7– 9 лет, обучающихся в школе – гимназии № 5 г. Бишкек. С целью определения эффективности лечебно – профилактических мероприятий, все обследуемые были разделены на четыре группы, таким образом, что во всех группах была одинаковая частота и интенсивность кариеса зубов.

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

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

III. группа состояла из 58 учащихся, которым проводили гигиену полости рта с использованием зубной пасты «детский жемчуг комплекс» в состав, который входили Са и F, и качестве реминерализующего средства использовали 7% раствор рапина в виде полосканий и аппликаций после контролируемой чистки зубов.

IV. группу составили 52 учащихся, которым помимо санационных мероприятий в качестве реминерализующей терапии использовали покрытие зубов гелем «флуородин гель – Н5». Из зубных паст была использована зубная паста «Новый жемчуг комплекс» содержащая Са и F.

Оценка стоматологического статуса пациентов осуществлялась с использованием стандартной схемы обследования. Данные обследования заносились в индивидуальную регистрационную карту стоматологического осмотра. В ней отражались возраст

обследованного, жалобы, сопутствующие заболевания, давность заболевания, результаты лабораторных методов исследования, данные о проводимом лечении.

Кроме того была определена методика содержания фтора в ротовой жидкости, по экспрессионно – количественному методу. Методика основана на щелочном гидролизе исследуемого материала с последующим потенциометрическим определением фтора, способом добавки фтора 0,2мк/г [2]. Это методика была применена во всех группах до начала и после лечебно – профилактических мероприятий. Одновременно этот показатель был определен и в контрольной группе

Материалом для исследования служила ротовая жидкость. Забор образцов ротовой жидкости для биохимического исследования проводился в одно и в то же время дня, без стимуляции в течении 10 минут. Анализы проводились в течение 20- 30 минут после забора проб с использованием биохимических методов исследования ротовой жидкости [10].

Результаты и обсуждение.

При проведении биохимического исследования на содержание фтора в ротовой жидкости до и после лечебно – профилактических мероприятий показали, что в I (контрольной) группе существенных изменений не наблюдалось. (табл.1) Во II группе определялось незначительное повышение фтора в сравнении с контрольной: F - на $0,0021 \pm 0,001$ мг %; (табл.2) В III группе отмечалось существенное увеличение в смешанной слюне F – на $0,0040 \pm 0,0001$ мг %; (табл.3) В IV группе отмечалось нормализация F - $0,0048 \pm 0,0001$ мг % (табл.4) Таким образом, содержание F во второй группе увеличилось вдвое; в III группе - втрое; в четвертой группе - вчетверо.

Таблица 1.

Содержание F в ротовой жидкости в первой (контрольной) группе обследованных детей

Показатели	Время обследования	n ^х)	Ед. изм.	I группа контроль
F	До обследования	26	мг %	0,0014±0,0001
	Через 2 года	26		0,0015±0,0001

Таблица 2.

Содержание F в ротовой жидкости во второй группе обследованных детей до и после лечебно-профилактических мероприятий

Показатели	Время обследования	n ^х)	Ед. из м.	II группа	P ^х)
F	До обследования	28	мг %	0,0013±0,0001	P>0,5
	Через 2 года	28		0,0021±0,0001	

Таблица 3.

Содержание F в ротовой жидкости в третьей группе обследованных детей до и после лечебно-профилактических мероприятий

Показатели	Время обследования	n ^х)	Ед. изм.	II группа	p ^х)
F	До обследования	26	мг %	0,0014±0,0001	P>0,001
	Через 2 года	26		0,0040±0,0001	

Таблица 4.

Содержание F в ротовой жидкости в четвертой группе обследованных детей до и после лечебно-профилактических мероприятий

Показатели	Время обследования	n ^х)	Ед. изм.	II группа	p ^х)
F	До обследования	28	мг %	0,0013±0,0001	P>0,001
	Через 2 года	28		0,0048±0,0001	

Литература

- 1 Андреева В А Индивидуальная гигиена полости рта у детей , получающих химиотерапию Клиническая имплантация и имплантология - 2001, № 3, - С 69 – 72.
- 2 Аранович Г. И. Определение фтора Справочник по физико – химическим методам исследования объектов окружающей среды. - Минск, 1979. – С. 175 – 196.
3. Боровский Е. В. , Леонтьев В. К. Биология полости рта М. , Медицина. – 1991. – С. 172 – 196
4. Боровский Е. В. , МаксимовскаяЛ. Н. , Колесник А. Г. Механизм влияния зубных паст на состав и свойства эмали зубов / Стоматология. –М., 1987. - №2. – С. 4 – 6.
- 5 Виноградова Т. Ф. . Морозова Н. В., Блехер О. А. Реабилитация детей с 111 степенью активности кариеса при диспансеризации у стоматолога / Стоматология. – М., 1988.- №5. – С. 59 – 62
6. Леонтьев В. К. , Галиулина М. В., Ганзина И. В. и др.

- Структурные свойства слюны при моделировании кариесогенной ситуации. / Стоматология. – М., 1996. - № 2. – С. 9- 11.
7. Мельниченко Э. М., Сатыго Е. А. Сравнительная характеристика индексов гигиены полости рта для дошкольников. / Новое в стоматологии. – М., 2000. - №2 С. 37 – 39.
8. Рединова Т. Л., Влияние сахарозы на состав и свойства смешанной слюны у детей с различной подверженностью кариесу // Стоматология. – М., 1989. - №1 – С. 74 – 76.
9. Рединова Т. Л. Микрокристаллизация слюны у детей после приема углеводов и проведения профилактических противокариозных мероприятий // Стоматология. – М., 1991. - № 4. – С. 62 - 63
10. Сатыго Е. А. Состав и свойства ротовой жидкости у принимающих таблетки фторида натрия детей с различными уровнями гигиены полости рта. // Стоматология. – М., 2000. - № 2. – С. 34 – 36..
11. Улитовский С. Б. Пути профилактики кариеса зубов // Новое в стоматологии – М., 2002. - №2. – С. 32 – 36.
12. Улитовский С. Б., Практическая гигиена полости рта. – М.: Новое в стоматологии, 2002. – 328 с.
13. Улитовский С. Б. Средства индивидуальной гигиены полости рта: порошки, пасты, гели зубные. – М., 2002. – 296с.
14. Ронин В.С., Старобинец Г.М. Руководство к практическим занятиям по методам клинических лабораторных исследований. // - М., Медицина. 1989.-290 с.
15. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А., Туманова С.А. и др. Профилактические препараты нового поколения на основе природных биологически активных веществ // Новое в стоматологии. – М., 1996. - №3. – С. 3-4.

КИСЛОТНО-ОСНОВНОЕ РАВНОВЕСИЕ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ КАРИЕСЕ ЗУБОВ

Ысыева А.О., Супатаева Т.У., Борончиев Т.Т.,
Кафедра детской стоматологии, КГМА им. И. к.
Ахунбаева

Кыргызско-Российский славянский Университет
им. Б.Н. Ельцина
Кафедра терапевтической стоматологии,
Городская стоматологическая поликлиника №6
г. Бишкек, Кыргызская Республика

***Резюме:** в статье представлены результаты определения кислотно-основного равновесия (рН) ротовой жидкости до и после лечения профилактических мероприятий у 214 детей школы-гимназии №5 г. Бишкек.*

***Ключевые слова:** ротовая жидкость, кислотно-основное равновесие, лечебно-профилактические мероприятия, кариес.*

ТИШТИН КАРИЕСИНДЕ ШИЛЕКЕЙДИН КЫЧКЫЛ – НЕГИЗДИК ТЕҢ САЛМАКТУУЛУГУ

Ысыева А.О., Супатаева Т.У., Борончиев Т.Т.
И. К. Ахунбаев атындагы КММА
Балдар стоматология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

***Корутунду:** макалада бишкек шаарындагы №5 мектеп гимназиясынын 214 окуучусунун дарылоо жана алдын алуу иштерин жүргүзгөнгө чейинки жана андан кийинки шилекейдин кычкыл - негиздик тең салмактуулугунун (рН) жыйынтыгы көрсөтүлгөн.*

***Негизги сөздөр:** шилекей, кычкыл негиздик тең салмактуулук, дарылоонун алдын алуу чаралары, кариес.*

ACID – BASE BALANCE IN THE ORAL FLUID DENTAL CARIES

Ysyeva A.O., Supataeva T.U., Boronchiev T.T.
KSMA named after I.K Akhunbaev
Department of Pediatric Dentistry
Kyrgyz-Russian Slavic University named
after B.N Yeltsin
Department of Dentistry,

City Dental Clinic № 6 Bishkek, Kyrgyz Republic
***Resume:** The article presents the results of the determination of acid-base balance (pH) of the oral fluid before and after treatment of preventive measures among 214 children of Gymnasium № 5 in Bishkek.*

***Keywords:** oral fluid, acid-base balance, treatment and preventive measures, caries.*

Введение

Полость рта – своеобразная морфологически и функционально ограниченная экологически открытая биосистема. Ее промежуточное положение между покровными тканями тела и его внутренними органами, сложный рельеф органов полости, наличие в ней больших по площади зон взаимодействия между тканями и средами, существенно затрудняет сохранение кислотно-основного баланса. А факторами влияющих на этот баланс, достаточно много: пища, вода, состав воздуха, метеорологические и профессиональные факторы, ротовое или носовое дыхание, курение и другие вредные привычки, средства гигиены,

лекарственные препараты и лечебные воздействия, наконец пломбы и зубные протезы.

Кисотно-основное равновесие в полости рта – это важный компонент местного гомеостаза. Оно обеспечивает нормальный ход многих биохимических процессов, как, например, ре- и деминерализация эмали зубов, налёто- и камнеобразования, жизнедеятельности ротовой микрофлоры. С состоянием кислотно-основного равновесия в полости рта тесно связаны физические и биохимические свойства слюны, её минерализующая функция, транспорт воды и ионов, миграция клеточных элементов. Поэтому нарушение кислотно-основного равновесия приводит к сдвигам в гомеостатической регуляции органов и тканей зубочелюстной системы.

Интерес к изучению кислотно-основного равновесия в полости рта обусловлен высокой информативностью водородного показателя, чутко реагирующего на малейшие его нарушения, которые происходят под влиянием физиологических и патологических процессов. В живом организме водородный показатель служит количественной характеристикой кислотности биологических жидкостей, оказывающей существенное влияние на направление и скорость многих химических и биохимических процессов.

Постоянство концентрации ионов водорода в полости рта способствует сохранению местного гомеостаза. Основным фактором, стабилизирующим рН полости рта и переносчиком ионов водорода является слюна, обладающая выраженным буферным свойством [2, 3]. Несмотря на высокие буферные свойства слюны, рН полости рта может претерпевать существенные и резкие изменения, чего не происходит в других средах организма.

Главными факторами, приводящими к изменению рН, являются пищевые продукты и микрофлора, паразитирующая во рту. К наибольшей дестабилизации рН в полости рта ведёт метаболическое расширение микрофлорой углеводосодержащих продуктов, т. е. метаболический взрыв. Пик этого взрыва отмечается на местах скопления микроорганизмов, т. е. на зубном налёте. Поэтому изменение рН ротовой жидкости – конечный результат метаболических, химических и физических явлений в полости рта при приёме пищи [4,5,6].

Практически все продукты и напитки, содержащие легкоферментируемые рафинированные углеводы – сахар и прошедшие кулинарную обработку крахмалы, – обеспечивают

питание бактерий, находящихся в полости рта, что приводит к выработке ими кислоты. Сила кислоты характеризуется величиной рН. Чем ниже значение рН, тем более сильной является кислота. Скорость деминерализации зависит от рН: чем он ниже, тем быстрее идёт процесс деминерализации. Наиболее чётко выраженный сдвиг рН в кислую сторону отмечается в начальной стадии кариозного процесса.

В связи с чем **целью** настоящей работы явилось изучение кислотно-основного равновесия ротовой жидкости у детей до и после проведения лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы

С этой целью нами было обследовано 214 детей в возрасте 7– 9 лет, обучающихся в школе – гимназии № 5 г. Бишкек. С целью определения эффективности лечебно – профилактических мероприятий, все обследуемые были разделены на четыре группы, таким образом, что во всех группах была одинаковая частота и интенсивность кариеса зубов.

Изучение показателя активности ионов водорода полости рта проводилось наиболее простым и популярным методом определения рН слюны *in vitro* – колориметрическим, с использованием лакмусовой бумажки фирмы «ЛАХЕМА» и «РИФАН» [1].

- I. контрольную группу составили 54 учащихся, которым, кроме санации, не проводили лечебно-профилактические мероприятия, но дети были обучены основам гигиены полости рта.
- II. группа состояла из 50 детей, которых обучали основам гигиены полости рта, ежедневно на протяжении двух лет проводили контролируемую чистку зубов. Из лечебно-профилактических средств использовалась зубная паста «Детский жемчуг комплекс» содержащая Са и F.
- III. группа состояла из 58 учащихся, которым проводили гигиену полости рта с использованием зубной пасты «детский жемчуг комплекс» в состав, который входили Са и F, и качестве реминерализующего средства использовали 7% раствор рапина в виде полосканий и аппликаций после контролируемой чистки зубов.
- IV. группу составили 52 учащихся, которым помимо санационных мероприятий в качестве реминерализующей терапии использовали покрытие зубов гелем «флуородин гель – Н5».

Из зубных паст была использована зубная паста «Новый жемчуг комплекс» содержащая Са и F.

n^x) - количество обследованных детей.

p^x) - наличие достоверности до и после лечебно-профилактических мероприятий

Таблица 1.
Показатели рН ротовой жидкости в первой (контрольной) группе обследованных детей

Показатели	Время обследования	n^x)	Ед. изм.	I группа контроль	p^x)
рН	До обследования	54	ед.	5,87±0,16	$p < 0,001$
	Через 2 года	46		6,30±0,12	

n^x) - количество обследованных детей.

p^x) - наличие достоверности до и после лечения.

Таблица 2.
Показатели рН ротовой жидкости до и после лечения во второй группе обследованных детей

Показатели	Время обследования	n^x)	Ед. изм.	II группа	p^x)
рН	До обследования	50	ед.	6,05±0,15	$p < 0,001$
	Через 2 года	44		6,5±0,10	

n^x) - количество обследованных детей.

p^x) - наличие достоверности до и после лечения.

Таблица 3
Показатели рН ротовой жидкости в третьей группе обследованных детей до и после лечебно-профилактических мероприятий

Показатели	Время обследования	n^x)	Ед. изм.	III группа	p^x)
рН	До лечения	58	ед.	6,00±0,16	$p < 0,001$
	Через 2 года	52		6,9±0,08	

n^x) - количество обследованных детей.

p^x) - наличие достоверности до и после лечебно-профилактических мероприятий

Таблица 4.

Показатели рН ротовой жидкости в четвертой группе обследованных детей до и после лечебно-профилактических мероприятий

Показатели	Время обследования	n^x)	Ед. изм.	IV группа	p^x)
рН	До лечения	50	Ед.	5,93±0,15	$p > 0,02$
	Через 2 года	48		7,3±0,06	

Результаты и обсуждения. Наши данные свидетельствуют о том, что значения рН во всех четырех группах до лечебно – профилактических мероприятий были практически одинаковыми.

Данные полученных результатов в I (контрольной группы) показал, что существенных изменений по кислотно-основному равновесию ротовой жидкости не отмечалось (табл. 1)

Во II группе изменилось кислотно-основное равновесие в щелочную сторону, которая составило 6,5±0,10 ед. (табл.2)

В III отмечалось существенное увеличение кислотно-основного равновесия с 6,00±0,06 до 6,90±0,08 ед. (табл.3)

В IV группе увеличение кислотно-основного равновесия с 5,93±0,15 до 7,3±0,06 ед. (табл.4)

Таким образом, уход за полостью рта, контролируемая чистка зубов, лечебно-профилактические мероприятия способствовали сдвигу кислотно-основного равновесия в щелочную сторону во II, III, IV группах по сравнению с первой контрольной группой.

Литература

1. Петрикас А.Ж., Румянцев В.Н. Практическое применение в стоматологии стимулированных изменений рН слюны и зубного налета. //Новое в стоматологии. - М., 1998. - № 7, - С 36 – 46.
2. Леонтьев В.К., Румянцев В.А., Груздьанов А.И. водородный показатель полости рта. Обзор литературы. // МРЖ., - М., 12. – 1998. - №9. – С.6-12.
3. Боровский Е. В. , Леонтьев В. К. Биология полости рта М. , Медицина. – 1991. – С. 172 – 196
4. Улитовский С. Б. Пути профилактики кариеса зубов // Новое в стоматологии – М., 2002. - №2. – С. 32 – 36.
5. Улитовский С. Б., Практическая гигиена полости рта. – М.: Новое в стоматологии, 2002. – 328 с.
6. Улитовский С. Б. Средства индивидуальной гигиены полости рта: порошки, пасты, гели зубные. – М., 2002. – 296с.

ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Утепов Д.К., Жапаров С.А., Супиев Т.К.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,

Республиканская детская клиническая больница
«Аксай», г. Алматы, Казахстан

Резюме. Обобщен клинический материал Республиканской детской клинической больницы «Аксай» за 2007-2011 годы, где получили комплексное лечение 1081 ребенок с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Из них у 382 детей проведена первичная хейлопластика, у 197 – первичная уранопластика. Особое внимание уделялось дооперационной подготовке детей и совершенствованию хирургической техники, включая инновационные.

Ключевые слова: расщелина губы и неба, дооперационная подготовка, хирургическая техника.

**ТУБАСА УСТҮНКУ ЭРИНИ ЖАНА
ТАҢДАЙЫ ЖЫРЫК ТӨРӨЛГӨН БАЛДАРДЫ
КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛООДО ЖАҢЫ
ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ЖАЙЫЛТУУ**

Утепов Д.К., Жапаров С.А., Супиев Т.К.

С.Д. Асфендияров атындагы Казак улуттук медициналык университети, “Аксай”
Республикалык балдардын клиникалык ооруканасы, Алматы шаары, Казахстан

Корутунду. “Аксай” Республикалык балдар клиникалык ооруканасында 2007-2011-жылдар аралыгында комплекстүү дарыланган тубаса үстүнкү эрини жана таңдайы жырык төрөлгөн 1081 баланын клиникалык материалдары жалтылаштырылды. Алардын ичинен 382 балага алгачкы хейлопластика, 197 балага уранопластика жүргүзүлдү. Өзгөчө көңүл балдарды операцияга даярдоого жана хирургиялык техникаларды колдонууга бөлүндү.

Негизги сөздөр: эриндин жана таңдайдын жырыгы, операцияга чейинки даярдык, хирургиялык техника.

**ADOPTION OF INNOVATIVE TECHNOLOGIES
IN THE COMPLEX TREATMENT OF
CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT LIP
AND PALATE**

Uteпов D.K., Zhaparov S.A., Supiyev T.K.

Kazakh National Medical University named by S.D.
Asfendiyarov, the Republican Children's Clinical
Hospital "Aksay", Almaty, Kazakhstan

Summary. The clinical material of the Republican

Children's Clinical Hospital "Aksai" for 2007-2011 was summarized, where 1081 children with congenital cleft lip and palate received multimodality therapy. And 382 children have been made the preliminary cheiloplasty, and 197 - primary uranoplastics. Special attention was paid to the presurgical preparation of children and improvement of surgical techniques, including innovative.

Key words: cleft lip and palate, presurgical preparation, surgical techniques.

Актуальность проблемы. В Республике Казахстан частота рождения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба (ВРГН) в среднем составляет 1:889. Однако в экологически неблагоприятных регионах страны отмечается увеличение рождаемости детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области (ЧЛО). Более высокая рождаемость детей с ВРГН отмечалась в г. Алматы, Мангистауской, Атырауской, Павлодарской, Кызылординской областях [1]. Вопросы хирургического и ортодонтического лечения детей с ВРГН постоянно находится в центре внимания специалистов, а вопросы оказания социальной помощи больным нуждаются в дальнейшей разработке.

Республиканская детская клиническая больница «Аксай» является одной из детских лечебных учреждений республики, где осуществляется высокоспециализированная хирургическая помощь детям с ВРГН. Являясь клинической базой медицинского университета, в клинике детской челюстно-лицевой хирургии ведется постоянный поиск новых методов предоперационной подготовки и совершенствование хирургических методов лечения врожденной расщелины верхней губы и неба.

Цель исследования - обобщить клинический материал Республиканской детской клинической больницы «Аксай» по совершенствованию комплексного лечения детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба за 2007-2011 годы.

Материал и методы. За период с 2007 по 2011 годы в клинике детской челюстно-лицевой хирургии Республиканской детской клинической больницы «Аксай» получили комплексное лечение 1081 ребенок с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Из них у 382 детей расщелиной верхней губы проведена первичная хейлопластика, у 197 расщелиной неба – первичная уранопластика. В клинике все дети в предоперационном периоде были тщательно обследованы, изучались общие анализы крови и мочи, биохимические анализы, ЭКГ, микробиологические исследования. Они были осмотрены педиатром, ЛОР врачом, по показаниям консультированы невропатологом, ортопедом, гастроэнтерологом и другими узкими специалистами. Особое внимание

уделялось дооперационной подготовке детей и совершенствованию хирургической техники, включая инновационные.

Дооперационная ортопедическая подготовка ребенка с врожденной расщелиной верхней губы и неба остается спорной и не до конца решенной проблемой. Вызывает дискуссию вопрос: действительно ли выгодны ортопедические процедуры для лечения детей с односторонней или двусторонней расщелиной губы и неба? Основная цель дооперационного ортопедического лечения состоит в том, чтобы перестроить фрагменты верхней челюсти и достигнуть нормального положения альвеолярной дуги и симметричной скелетной основы. Переднезадняя симметрия носовой основы улучшает симметрию носовых структур. В результате этого приближаются верхнечелюстные фрагменты, что уменьшает исходную ширину расщелины. Это облегчает этап хейлопластики и исправление носовой деформации. Кроме того, функционально дооперационное ортопедическое лечение нормализует кормление ребенка в ВРГН, положение языка и глотание.

Есть два подхода к дооперационному ортопедическому лечению: пассивный и активный. В *пассивном методе* небная пластинка покрывает расщелину и способствует изменению положения верхнечелюстных фрагментов. Пластина также служит, чтобы защитить носовую перегородку во время кормления. После операции движения восстановленной губы влияет на верхнечелюстные сегменты. В *активном методе* лечения аппарат расширяет или суживает твердое небо в зависимости от положения верхнечелюстных сегментов и формы альвеолярной арки. В активном методе прямая сила проявлена через булавки или винты, которые направляют сегменты в определенные положения. Размещение языка в нормальном положении (не в области расщелины) позволяет улучшению функцию языка и адаптацию к питанию.

По мнению специалистов, для многих пациентов с полной расщелиной с выраженной гипоплазией верхнечелюстных фрагментов в переднезадних и вертикальных измерениях, дооперационное ортопедическое лечение не только улучшает положение фрагментов, но также и стимулирует рост кости и развитие. Чем лучше выравнивание фрагментов достигло до операции на губе, тем лучше их положение после операции, что создает благоприятные условия для более нормального развития лица.

Методы пластики верхней губы делятся на три группы в зависимости от формы разрезов на коже губы.

К *первой группе* относятся так называемые линейные методы (Евдокимова, Лимберга, Милларда). Различаются эти методы способом формирования преддверия носа при полных расщелинах губы. Положительной стороной линейного метода является эстетичность линии рубца, совпадающей с границей филтума. Однако указанные методы не позволяют получить достаточное удлинение губы, необходимое при широких полных расщелинах. После рубцевания одна половина «лука Купидона» подтягивается вверх, нарушая симметрию линии красной каймы. Кроме того, через несколько месяцев после пластики наблюдается врастание вдоль рубца слизистой оболочки красной каймы в виде треугольника.

Во *вторую группу* объединены предложенные Теннисоном и Л. В. Обуховой методы, в основу которых положено перемещение на коже в нижней трети губы треугольных кожных лоскутов с различной величиной углов. Они дают возможность получить необходимое удлинение тканей губы, что зависит от величины треугольного лоскута, заимствованного с малой части губы; позволяют сопоставить ткани губы и получить симметричную форму «лука Купидона». Методы операции с учетом анатомических особенностей верхней губы позволяют четко планировать операцию. Недостатком их можно считать необходимость пересечения линии филтума в поперечном направлении. Такое направление послеоперационного рубца снижает эстетический результат операции. Рекомендуется пользоваться указанными методами при неполных расщелинах верхней губы при отсутствии деформации носа.

К *третьей группе* относятся методы Хагедорна и Ле Мезурье, при которых удлинение губы достигается перемещением четырехугольного лоскута, выкраиваемого на малом фрагменте губы. Однако четырехугольный лоскут малоподвижен и неудобен при пластике неполных односторонних расщелин, когда не требуется большого удлинения губы.

Пластика верхней губы при двусторонних расщелинах, не сочетающихся с расщелиной альвеолярного отростка и неба. Эта операция производится при помощи большинства описанных выше методов, использующихся для каждой стороны в отдельности. Одномоментная пластика двусторонней расщелины верхней губы у детей с расщелиной альвеолярного отростка и неба не позволяет получить высокий функциональный

и эстетический результат. Этому мешают сложные анатомические взаимоотношения челюстных костей и дефицит мягких тканей. Верхняя губа получается неправильной анатомической формы, малоподвижная, спаянная рубцами с поверхностью межчелюстной кости. Впоследствии из-за отсутствия преддверия рта затрудняется ортодонтическое лечение таких детей.

Различные методы хирургического лечения используются при первичной хейлопластике. Многие из них представляют исторический интерес, которые были впоследствии усовершенствованы. Треугольная техника опрокидывающего лоскута, начатая Теннисоном, и последующие модификации, описанные в литературе, техника продвижения вращения, разработанная Miilard, является ведущим направлением по восстановлению верхней губы во всем мире.

Результаты клинических наблюдений и их обсуждение. На начальном этапе нашей деятельности мы пользовались многими методами первичной хейлопластики. В частности, ранней методикой Милларда, которая не позволяла устранить деформацию крыла носа. Затем нами выбрана методика Тениссон-Обуховой, которая также не удовлетворяла всем эстетическим и функциональным требованиям. Это послужило причиной поиска новых методов первичной хейлопластики. В 2009 г. на Всероссийской конференции по врожденной патологии челюстно-лицевой области (Москва) мы обратили внимание на новый функциональный подход протокола лечения детей с ВРГН по методике доктора Тальмана. Протокол лечения основан на принцип скорейшего восстановления носового дыхания. При этом каждый этап лечения должен иметь функциональную цель. К ним относятся:

А) Эстетические - эстетический рубец, форма губы (улыбка), форма носа, профиль развития верхней челюсти;

Б) Функциональные - снизить развитие небноглоточной недостаточности, окклюзия I класса, носовое дыхание.

Учитывая важность первичной пластики при расщелине верхней губы и неба в дальнейшей судьбе ребенка с ВРГН, взгляды на сроки хейлопластики должны быть взвешенными. Стандартный подход во всех случаях к решению этого вопроса невозможен. Срок вмешательства должен определяться с учетом общего состояния ребенка, вида расщелины губы, состояния тканей в области расщелины, степени нарушения у ребенка

физиологических функций (дыхания, сосания и др.).

В 1956 году Л.Е.Фролова [11] опубликовала работу о возможности проведения оперативного вмешательства по поводу расщелины верхней губы на 2-3 день после рождения. Если операция не произведена в эти сроки, ее откладывают на 11-13 сутки. Причины: физиологическая желтуха, падение веса, повышенная кровоточивость и другие противопоказания:

- 1) тяжелые комбинированные врожденные уродства новорожденных, препятствующих выполнению оперативного вмешательства при расщелине губы, в первые сутки после рождения;
- 2) приобретенные заболевания, которые делают невозможным проведение операции в данный момент.

Обычно считается целесообразным в ранние сроки оперировать доношенных новорожденных с массой не менее 3000 г и не имеющих других пороков развития. Большинство хирургов мира следуют за правилом десятков, согласно которому хейлопластика должна быть выполнена, когда младенцу, по крайней мере, 10 недель, весит 10 фунтов (3000 г), имеет количество гемоглобина 10 граммов, и имеет количество лейкоцитов не выше чем $10 \times 10^9 / \text{л}$.

Среди хирургов есть мнение, что увлекаться операциями у новорожденных по поводу врожденной расщелины не следует и проводить их следует по строгим показаниям, что определяет челюстно-лицевой хирург вместе с неонатологом.

Принципами современной хейлопластики являются: восстановление анатомических взаимоотношений мягких тканей губы (круговой мышцы рта, красной каймы, кожной части губы); создание преддверия рта (обратить внимание на прикрепление уздечки верхней губы); формирование носового хода, исправление деформации крыла носа и носовой перегородки. Для выполнения этих принципов мы использовали ринопластику с полной мобилизацией и репозицией крыльных хрящей, септопластику с субперихондральным выделением перегородочного хряща. А при сквозных расщелинах верхней губы и неба дополнительно проводилась интравелларная веллопластика или гнатопластика.

Ниже приводим линии разрезов при хейлоринопластике с полной мобилизацией и репозицией крыльных хрящей, а также септопластику с субперихондральным выделением перегородочного хряща по методу Милларда (рис.1,2,3,4,5).



Рис. 1 -Линии разреза по усовершенствованной методике хейлориносептопластике по Миллард.

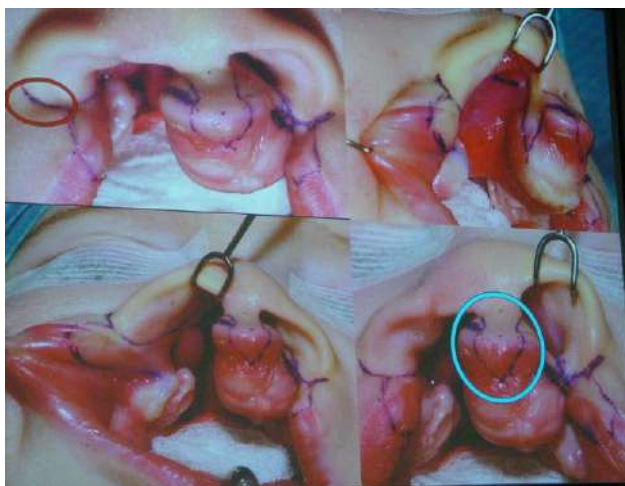


Рис. 2 - Линии разрезов при двухсторонней хейлопластике по Миллард



Рис. 3 - Линии разрезов на слизистой переходной складки и перегородки носа.



Рис. 4 - Носовые формирователи желательно

устанавливать интрооперационно.

Второй этап операции при сквозных расщелинах верхней губы и неба (интравеллярная веллопластика или гнатопластика) не включает в себя первичную периостеопластику альвеолярного отростка. Устранение рото-носового соустья проводится в возрасте 4-5 лет, во время костной пластики (рис.5).

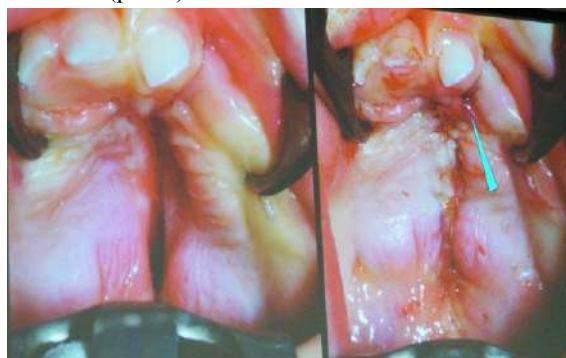


Рис. 5 - Второй этап операции - гнатопластика (пластика щелевидного дефекта твердого неба).

Нами с 2009 года в РДКБ «Аксай» по данному протоколу проводится лечение детей с врожденной расщелиной губы и неба. Для иллюстрации приводим фотографии больных (рис. 6,7,8).



А Б





В Г

Рис. 6 – Этапы лечения ребенка с односторонней сквозной расщелиной верхней губы и неба

А) одномоментная хейлоринопластика с интравелларной веллопластикой

Б) внешний ребенок через один год после операции

В) Состояние неба после первичной интравелларной веллопластики

Г) пластика щелевидного дефекта твердого неба без выкраивания лоскутов.



А

б

в



Г

д

Рис. 7 – Этапы лечения ребенка с двухсторонней сквозной расщелиной верхней губы и неба

А) одномоментная двухсторонняя хейлоринопластика с интравелларной веллопластикой

Б) внешний ребенок через один год после операции

В) Состояние носа через один год после операции

Г) Состояние неба после первичной интравелларной веллопластики

Д) пластика щелевидного дефекта твердого неба без выкраивания лоскутов.



А

б

в

г



Д

Ж

Е

Рис. 8 – Этапы лечения ребенка с односторонней сквозной расщелиной верхней губы и неба

- А) Внешний вид ребенка до операции
- Б) Состояние дефекта альвеолярного отростка и неба до операции
- В) Состояние тканей альвеолярного отростка и неба после септогнатопластики
- Г) Внешний вид больного сразу после одномоментная хейлориносептогнатопластики
- Д) внешний ребенка через один год после операции
- Е) Состояние неба через один год после септогнатопластики
- Ж) интравелларная уранопластика без выкраивания лоскутов.

Заключение

Наш опыт внедрения в клинику протоколов лечения детей с ВРГН по методу доктора Тальмана выявили следующие преимущества:

1. Использование протоколов лечения детей с ВРГН по методу Тальмана показано пациентам после 4 месячного возраста. До 5-6 месячного возраста детям с расщелиной неба отслойка лоскутов не рекомендуется.
2. Риносептопластика обеспечивает носовое дыхание в раннем послеоперационном

периоде, предотвращает формирование стойкой привычки ротового дыхания.

3. Устранение расщелины мягкого неба с использованием интравелларной веллопластики способствует восстановлению функции небно-глоточного кольца и раннему началу речевой активности, снижая необходимость проведения фарингопластики.

Литература

1. Супиев Т.К., Негаметзянов Н.Г.. Эпидемиология врожденной патологии челюстно-лицевой области в Республике Казахстан // Матер. респ. науч.-прак. конф. с Международным участием «Актуальные проблемы врожденной и наследственной патологии челюстно-лицевой области в Республике Казахстан». – Алматы, 2012. – С. 3-4.

IV БӨЛҮК ОРТОПЕДИЯЛЫК СТОМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

IV РАЗДЕЛ ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ШТИФТОВЫХ ЗУБОВ

Амираев У.А., Амираев Р.У.,
Амираева Д.У., Еловая Е.Н.

Кафедра ортопедической стоматологии КГМА им И.К.Ахунбаева, кафедра терапевтической стоматологии КРСУ им. Б.Н. Ельцина, Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения МЗ КР., г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: для профилактики разрушения функции зубо-челюстной системы необходимо стараться сохранить каждый зуб или его корень в зубном ряду.

Ключевые слова: зубы, штифтовые зубы, рентгеновский снимок, ортодонтическая проволока

ШИШ ТИШТЕРДИ ЖАСООДОГУКЛИНИКАЛЫК ТУУРА МАМИЛЕ

Амираев У.А., Амираев Р.У., Амираева
Д.У., Еловая Е.Н.

И.К. Ахунбаев атындагы КММА ортопедиялык стоматология кафедрасы, Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян университетинин терапиялык стоматология кафедрасы, КР ССМ Кыргыз курортология жана калыптандырып дарылоо илим- изилдөө институту, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду: тиш-жаак түзүмүнүн узакка чейин бузулбай кызмат кылуусу үчүн ар бир тишти же анын тамырын сактоого аракет жасоо жакшы натыйжа берет.

Негизги сөздөр: тиштер, шиш тиштер, рентгенге тартуу, ортодонтиялык зым.

CLINICAL APPROACH IN THE MANUFACTURE OF DENTAL PIN TUMBLER

Amiraev U.A., Amiraev
R.U., Amiraeva D.U., Elovaia K.N.

Crais of orthopedic stomatology The Kyrgys state of medical academy of I.K.Ahunbaev, Kyrgyz-Russian Slavic university of B.N.Eltsin, Kyrgyz Scientific-research Institute of balneology and regeneraritive treatment, Bishkek, Kyrgys Republic.

Resume: to prevent the destruction of the function of the teeth-jaw system should try to save every tooth and its root in the tooth raw

Keywords: teeth, fingerteeth, x-rays, orthodontic wire

Морфологические и функциональные разрушения зубочелюстной системы начинается с удалением одного зуба или одного корня зуба. Вследствие этого при несвоевременном ортопедическом лечении наступает вторичная деформация, приводящая плохому пережевыванию пищи на этом участке [4, 5, 6, 7]. Поэтому каждый зуб или его корень зуба по возможности должен сохраняться как можно дольше в зубном ряду. В том случае, если корень зуба сохранился, необходимо сохранить его изготовлением штифтовой конструкции зуба [8, 9].

Нами предложена конструкция штифтового зуба. Наша конструкция отличается от всех других (Ричмонда, Ильиной-Маркосян, Ахмедова, Копейкина и мн. др.) тем, что наша конструкция имеет два штифта и армирующую часть [1, 2, 3]. Изготавливается наш штифтовый зуб следующим образом: берем ортодонтическую проволоку с сечением 0,6-0,8 мм и сгибаем по типу кыргызского музыкального инструмента «ооз комуз». Два конца штифта входят в распломбированный канал корня, а изогнутая часть будет

располагаться в пределах коронковой части зуба. Фиксируем на цемент два проволочных штифта в канал корня зуба, после затвердения цемента, коронковую часть зуба моделируем, формируем из быстротвердеющей пластмассы «Акродент», «Карбодент» или «Акрилоксид». После затвердевания пластмассы проводим препаровку, сформировав корневую часть зуба, под любую искусственную коронку (пластмассовую, металлическую, металлопластмассовую, металлокерамическую). (В том случае, когда нет быстротвердеющих пластмасс до фиксации штифта в корень на цемент снимаем слепок вместе со штифтом, в лаборатории отливают модель вместе со штифтом, моделируют из воска культю коронки, а затем воск заменяют на пластмассу Синма. После этого фиксируют на цемент в канал корня зуба). Это будет один вариант. Здесь наш штифтовой зуб можно будет закончить через 2-3 дня в зависимости от конструкции и материала, изготавливаемого штифтового зуба. Скажем, при изготовлении используются коронки из металлопластмассы или металлокерамики, то необходимо отлить каркас и затем на него накладывать следующий слой. Для этого требуется определенное время.

Второй вариант, ускоренный. Штифты устанавливаются в корневой канал также как было сказано выше. Затем после восстановления коронковой части, из быстротвердеющей пластмассы, берем соответствующий по цвету и размеру стандартный зуб из гарнитуры. Зуб из гарнитуры притачиваем на вестибулярную поверхность, шлифуем с оральной поверхности, подгоняя по высоте и ширине. Гарнитурный зуб может стать очень тонким, это не страшно, лишь бы вестибулярная поверхность не была повреждена. При необходимости производим препаровку восстановленную культю зуба. После подгонки разводим соответствующую по цвету быстротвердеющую пластмассу, в стадии тянущихся нитей наслаиваем на культю зуба с излишком, сверху смачиваем мономером и накладываем приточенный гарнитурный зуб. Пинцетом с намотанным ватным валиком, смоченным мономером, уплотняем по краям к гарнитурному зубу. После того, как пластмасса затвердеет производим обработку по краям и подгонку по прикусу. Далее производится полировка резиновым кругом или наждачной

бумагой. И в первом и во втором методе изготовлении штифтового зуба в той клинической ситуации, когда коронковая часть зуба разрушена и имеется фрагмент коронки зуба, который держится за край десны, этот фрагмент необходимо сохранить, стараться, чтобы его не удалили. С удалением этого фрагмента край десны будет западать и при изготовлении штифтового зуба может остаться под быстротвердеющей пластмассой, что может привести к механическому повреждению десны и воспалительному процессу. В том случае, если под этот нависающий край десны подвести свежую пластмассу, она может вызвать ожог тканей десны мономером пластмассы. Это тоже закончится воспалением десны. В таких случаях когда ущемляется край десны пластмассой или подводится под десну свежая пластмасса, изготовленный штифтовой зуб может быть удален раньше времени.

Пример. К нам обратилась пациентка А. 23 года с разрушенной коронковой частью бокового резца верхней челюсти справа. При объективном осмотре коронка зуба разрушена, с вестибулярной стороны висит фрагмент коронки зуба. Фрагмент подвижный, но хорошо держится на краю десны. Был сделан рентгеновский снимок, корень достаточной длины, канал obturated до верхушки, вокруг периапикальной области патологических явлений нет. Осторожно произвели распломбировку канала корня на глубину на 2/3 и изготовили нашу конструкцию штифта, штифт зафиксировали на цемент, после затвердения последнего, с помощью приготовленной массы быстротвердеющей пластмассы «Карбодент» сформировали коронковую часть, охватывая висячий фрагмент коронки зуба, затем приточили зуб из гарнитуры на вестибулярную поверхность. Замешав свежую порцию быстротвердеющей пластмассы, установили приточенную пластинку на вестибулярную поверхность коронки зуба. После затвердения пластмассы, обработали края коронки, подогнали по прикусу. Пациентка довольна.

Такой методикой нами было принято 9 пациентов: 5 женщины, 4 мужчины. Двоим, были изготовлены металлокерамические, двоим металлопластмассовые, двоим пластмассовые и троим комбинированные коронки по Белкину.

Таким образом, мы предлагаем изготовление штифтовых зубов с сохранением всячего фрагмента коронки зуба в широкую практику.

Литература.

1. Амираев У.А., Амираев Р.У. Штифтовый зуб по Амираеву. В сб. мат. Актуальные вопросы стоматологической помощи в Кыргызстане. Бишкек, 1997, С.112-113.
2. Амираев У.А., Амираева Д.У., Ормонкулова К.М. Результаты изготовления штифтового зуба по Амираеву. В сб. мат. XXI века. Бишкек, 2006, №2, С 81-84.
3. Амираев У.А., Рузуддинов С.Р. Клиника и протезирование дефектов зубных рядов. Бишкек., 2006 г. 219 стр.
4. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология «Медицина» М. 1984.
5. Курляндский И.Ю. Ортопедическая стоматология. «Медицина» М. 1977.
6. Копейкин В.Н., Кнубовец Я.С., Курляндский В.Ю., Оксман И.М. Зубопротезная техника. «Медицина» М. 1967.
7. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология. М. 1988.
8. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким Ахмет. Ортопедическая стоматология. Медпресс-информ. 2003.
9. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология. Санкт-Петербург ФОЛИАНТ 2005.

ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОРОДНЫХ СПЛАВОВ МЕТАЛЛОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Амираев У. А., Амираев Р.У., Атаканова З.А.

Кафедра ортопедической стоматологии КГМА им. И.К.Ахунбаева, Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения МЗ КР., г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: В связи со вторичной частичной адентией для восстановления формы и функции зубочелюстной системы возникает необходимость изготовления различные конструкции несъемных зубных протезов. При этом используются различные сплавы благородных и неблагородных металлов.

Ключевые слова: болезни твердых тканей зубов, частичная вторичная адентия, несъемные протезы, гальванизм, Т-супрессоры, Т-хелперы.

АСЫЛ ЭМЕС МЕТАЛЛДАРДЫН АДАМГА ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Амираев У.А., Амираев Р.У., Атаканова З.А.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын ортопедиялык стоматология кафедрасы
КР ССМ Кыргыз курортология калыптандырып дарылоо илим-изилдөө институту, Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана адистикти өркүндөтүү институту, Бишкек ш. Кыргыз Республикасы

Корутунду: Туруктуу тиштердин бөлүк тушуусу менен тиш катарынын формасын жана кызматын калыптандыруу үчүн ар түрдүү конструкциядагы бекилме тиш протездерин асыл эмес металлдардын куймаларын колдонууга туура келет.

Негизги сөздөр; тиштин катуу ткананын оорулары, туруктуу тиштердин бөлүк жок болуусу, бекилме протездер, гальванизм, Т-супрессорлор, Т-хелперлер.

INFLUENCE OF BASIC AND PRECIOUS METALS ON HUMAN ORGANISM

Amiraev U. A., Amiraev R. U., Atakanova Z.A.

The Chair of orthopedic stomatology Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev, Kyrgyz Scientific-research Institute of balneology and regenerative treatment, Bishkek, Kyrgyz Republic. Kyrgyz scientific research institute of health-resort and rehabilitation therapy, Kyrgyz Republic, Bishkek

The resume: Due to partial secondary edentia arises a need, to produce various types of non-removable dental prosthesis, to restore the functions and the form of the masticatory system. For this purpose various alloys of precious and basic metals are used.

Keywords: Diseases of the hard tissues of the tooth, partial secondary edentia, non-removable prosthesis, galvanism, T-Suppressors, T-Helpers.

В течение жизни у человека под действием различных эндогенных и экзогенных факторов появляются различные (кариозного или некариозного происхождения) болезни твердых тканей зубов в результате возникают дефекты зубов и зубных рядов. С возникновением дефектов зубов и в зубных рядов будет стоять вопрос

восстановления их формы. Восстановления формы приводит восстановлению их функции. При наличии дефектов твердых тканей зубов восстановление производится с помощью пломбировочных материалов. Пломбы на зубах по объему могут быть разные. Если пломба маленькая, то она может служить долго и на этот зуб изготавливать искусственную коронку нет показаний. В том случае, если, пломбой восстанавливают больше половины коронки зуба, то уже появляется показание к изготовлению этому зубу искусственной коронки. В связи с этим нами (1994) предложена Индекс Восстановленности Коронки Зуба (ИВКЗ). Такие клинические ситуации чаще встречаются пломбирование при поражении кариозным процессом премоляров и моляров и изготовлении на эти зубы искусственных коронок из различных сплавов металлов (нержавеющая сталь, серебряно-палладиевый сплав, сплав золота, платина).

С возникновением дефектов в зубных рядах возникают показания к изготовлению различных (несъемных и съемных) конструкций зубных протезов из различных стоматологических материалов. Для этих целей с 1922 года применяется нержавеющая сталь на основе железа, марки 1X18N9T, разработанная сотрудниками Московского медицинского стоматологического института тт. Асс и Цитрин, но в последнее время марку этой стали несколько изменили, где 1 обозначала 0,1% углерода, начали писать 20X18N9T и 25X18N102C. Эти цифры обозначают 0,2% или 0,25% углерода. Углерод в составе нержавеющей стали должен быть минимальным. Из покон веков применяются сплавы золота 900° и 916° и платина. 50-х годах XX столетия был предложен серебряно-палладиевый сплав (СПС), сотрудниками ММСИ вначале Цитриным, а затем под руководством профессора В. Ю. Курляндского. С 60-х годов для изготовления зубных протезов методом литья стали применять кобальто-хромовый сплав (КХС). Все указанные сплавы по своей природе делятся на благородные и неблагородные. Сплавы золота, СПС и платина являются благородными, нержавеющая сталь и КХС – неблагородные. Человеческий организм настолько сложный механизм, понять до конца его до сих пор не удается. Считается, что благородные сплавы не вызывают непереносимость организма, но на практике у профессора В. Ю. Курляндского (1968) был случай, когда пациентка не смогла носить несъемный зубной протез из сплава золота высокой пробы, на следующий же день пришлось снять

несъемные зубные протезы из-за сильных беспокойств.

Сплавы металлов могут вызывать у пациентов такие местные беспокойства как: жжение языка и других участков слизистой оболочки полости рта, металлический привкус во рту, отек языка, щек, губ, гортани, чувство кислого (усиливающего при приеме кислого), извращение вкуса (нормальная или сладкая пища воспринимается как горькая), зуд, отек и гиперемия слизистой оболочки соприкасающихся со сплавом зубного протеза, эрозия отдельных участков слизистой оболочки, язвы, волдыри, изменение слюноотделения (гипо- или гиперсаливация). Могут быть и общего характера в виде неврологического проявления: головные боли в височной и затылочной области, боли в глазных яблоках, раздражительность, общая слабость, ослабление газообмена, канцерофобия и т.д. Указанные местные и общие симптомы усиливаются при протезировании в одной полости рта различными (благородными и неблагородными) по природе сплавами. Взаимодействие между клетками организма происходит вследствие прямого контакта или в результате обмена веществ с тканевой жидкостью, лимфой и кровью, так называемая гуморальная связь. Но самым быстрым способом передачи информации от клетки к клетке является передача биоэлектрических потенциалов. У многоклеточных организмов, в том числе у человека, в процессе эволюции развилась специальная система, передачи, хранение, переработку, поддерживающая восприятия и воспроизведение информации, зашифрованной в специальных электрических биопотенциалах. При этом необходимо отметить, что в организме человека существуют так называемые электровозбудимые ткани, к которым, как известно, относятся нервная, мышечная и железистая ткани (3,7,10). Особое значение приобретает эта проблема применительно к стоматологии в ракурсе появления в организме искусственного источника электричества, поступающих из несъемных зубных протезов, изготовленных из сплавов металлов. В связи с этим в отечественной и зарубежной литературе используется ряд терминов (гальванизм, электрический потенциал, гальваносимптом, явления гальванизма, гальванический синдром, электровкус, коррозионные точки и т.д.). В настоящее время объединяя все, сказанные термины предлагают назвать непереносимостью к сплавам металлов (1,3). Анализ имеющихся работ в этой области показывает, что основная масса их

посвящена изучению местных проявлений, т. е. происходящих в полости рта. В то же время, наши исследования показывают, что напряжения (mV) у пациентов, развиваемые металлическими протезами, столь значительны, что непосредственно оказывает общее действие на организм (2,5,6,7). Известно, что потенциал действия влияет на возбудимую ткань лишь в тех случаях, когда катод находится снаружи, а анод внутри клетки. В данном случае, металлические зубные протезы по отношению к исследуемым местам являются катодом – т.е. отрицательно заряженными, что служит неблагоприятным фактором для организма пациента. При обратном сочетании, возбуждение ткани обычно не возникало, как бы не было высока величина тока(1,2,11). Важность данной изучаемой проблемы наглядно демонстрируется результатами применения электронно-ионной рефлексотерапии, где электричество используется в виде микротоков слабого напряжения, приближающиеся по своим параметрам к токам, сопровождающие биологические процессы в полости рта. Для ее проведения служат различные приборы, позволяющие получить гальванический (постоянный) ток небольшой силы и напряжения (6,8,9). Автор отмечает, что с целью тонизирующего (возбуждающего) воздействия подается гальванический ток отрицательной полярности, а для седативного (тормозящего) – ток положительной полярности. Обращает на себя внимание, что даже при величине до 1 мА наблюдались те или иные реакции организма, например, уменьшение боли. Таким образом, зубной протез из нержавеющей стали является достаточно мощным источником отрицательного напряжения, который через проводники наименьшего сопротивления, такие как кровь, лимфа, спинномозговая жидкость, слюна постоянно действует на органы и ткани организма (10). В процессе анализа полученных материалов в плане изучения влияния на общее состояние организма и на отдельные органы и системы напряжения стальных зубных протезов, была установлена зависимость между состоянием иммунной системой, уровнем напряжения и силой тока. Как ранее отмечали (2,3,4) на коже в области проекции тимуса, регистрируется наиболее высокое напряжение и средний по величине ток, по сравнению с другими проекциями тела человека. Исследования были проведены на пациентах, со сроком после протезирования не менее 6 месяцев. Клетки с Т-хелперов и Т-супрессоров, после их

изучения по группам показывает лишь тенденцию в сторону их уменьшения. В том случае важно было проанализировать индивидуальную зависимость показателя хелперно-супрессорного соотношения от характеристик, возникающих от электрического тока.

Оказалось, что по мере возрастания напряжения увеличивается процент Т-хелперов в крови – начиная с уровня 50-60 mV, процент Т-супрессоров увеличивается уже с величины – 40-50 mV. В то же время процент Т-хелперов начинает уменьшаться при наличии напряжения над областью тимуса – 104 mV, а Т-супрессоры после 130 mV.

Таким образом, длительное воздействие электрического тока, оказывает до определенного момента стимулирующее действие на синтез Т-лимфоцитов. Нами замечено, что уровень хелперов ниже, а уровень супрессоров выше у лиц, пользующихся зубными протезами из нержавеющей стали. Первоначальное объяснение электрокоррозии зубных протезов нержавеющей стали, подтверждено отчасти. Основной причиной являлась величина тока развиваемого протезом, нержавеющей стали, которая оказалась наибольшей, в сравнении с протезами из сплава золота и СПС. Нами было отмечено, что в тех случаях, когда преобладало уровень Т-хелперов, наблюдались в большей степени аллергические процессы. При изменениях содержания Т-супрессоров в большей степени мы наблюдали – дистрофические процессы в полости рта, а иммунологическая картина соответствовала иммуннодефицитному состоянию.

Таким образом, исходя из вышеизложенного, следует считать, что нами открыто новое направление в стоматологии, в частности в области непереносимости к металлическим зубным протезам, которое нуждается в дальнейшем детальном изучении, в частности, функциональной иммунной системы у данного контингента больных.

Литература

1. Амираев У.А. Коррекция аллергических проявлений при непереносимости к стоматологическим материалам в полости рта. Бишкек, 2001, 94 стр.
2. Амираев У.А., Тухватшин Р.Р. Роль металлических зубных протезов и развиваемого ими электрического потенциала на формирования местного иммунитета. В кн.: Актуальные проблемы стоматологии на современном этапе. Бишкек, 2002, 65-68.
3. Амираев У.А., Тухватшин Р.Р. Влияние электропотенциалов металлических зубных протезов на общие и местные иммунные системы организма. Бишкек., // Наука и новые технологии, 2007, С.231-233.

4. Амираев У.А. Изучение влияния электрического потенциала зубных протезов в целом при непереносимости к разнородным сплавам металлов. Бишкек, //Наука и новые технологии, 2007, С.239-241.
5. Андамасова Ж.Р. Совершенствование методов диагностики непереносимости к металлическим зубным протезам. Автореф Алма-Ата, 1997, 20 с.
6. Бабский Е.Б. Физиология человека -1991, 560 с.
7. Воложин А.И., Пырклов С.Т. Клиника, диагностика, лечение и профилактика непереносимости металлических включений в полости рта: Обзор литературы //Стоматология,1990,№6,С.16-18.
8. Воложин А.И., Бабахин А.А., Дубова Л.В. и др. //Стоматология.– 2004. –Т. -5. –С. 57–61.
9. Лебедев К.А. с соавторами //Российский стоматологический журнал 2005, №6, С.25-32.
10. Портнов Ф.Г. Электропунктурная рефлексотерапия, Рига, 1982, 308 с.
11. Sabroe Y., Read R.C., Wdyll M.K. In.fl. Ynwunoe, 2003-vo1 171, №4,-P 1630-1649.

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ОБОСНОВАНИЯ
ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ Т-
АКТИВИН И РАПИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ПАЦИЕНТОВ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ
К РАЗЛИЧНЫМ НЕСЪЕМНЫМ
МЕТАЛЛИЧЕСКИМ ЗУБНЫМ ПРОТЕЗАМ**

АМИРАЕВ У. А.

Кафедра ортопедической стоматологии
Кыргызской государственной медицинской
академии им И. К. Ахунбаева, г. Бишкек,
Кыргызская Республика

Резюме: При изготовлении несъемных зубных протезов из различных сплавов металлов у некоторых пациентов возникает патологическая ситуация – непереносимость к указанным материалам. Для лечения непереносимости к различным сплавам металлов нами проведена экспериментальная работа на беспородных мышях и была установлена, что введение препаратов Т-активин и Рапин, обладая бифункциональным эффектом, увеличивает силу ответа.

Ключевые слова: экспериментальные обоснования, препараты Т- активин и Рапин, непереносимость к металлическим зубным протезам, мышцы, селезенка, иммунитет.

**ПАЦИЕНТТЕРДИН АР КАНДАЙ
МЕТАЛЛДАН ЖАСАЛГАН БЕКИЛМЕ ТИШ
ПРОТЕЗДЕРИНЕ БОЛГОН
ЖАКПАГАНДЫКТЫ Т-АКТИВИН ЖАНА
РАПИН ПРЕПАРАТТАРЫН КОЛДОНУУ
ҮЧҮН ЖАСАЛГАН ТАЖРЫЙБА НЕГИЗДЕРИ**

АМИРАЕВ У. А.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын ортопедиялык стоматология кафедрасы, Бишкек ш., КР.

Корутунду: Ар кандай металлдан жасалган бекилме тиш протездери пациенттерге жакпаган учурлары кездешет. Ошондой пациенттерди дарылоо үчүн биз породасыз чычкандарга Т-активин жана Рапин препараттарын сайып тажрыйба жүргүздүк. Тажрыйбада ал препараттар иммунитетти жогорулатып, жардам бере тургандыгы аныкталды.

Негизги сөздөр: тажрыйба негиздери, Т-активин жана Рапин препараттары, металл тиш протездеринин жакпагандыгы, чычкандар, көк боор, иммунитет.

**EXPERIMENTAL JUSTIFICATION FOR
THE USE OF PREPARATIONS OF T- ACTIVIN
AND RAPIN IN PATIENTS WITH
INTOLERANCE TO VARIOUS NON-
REMOVABLE METALLIC DENTURES.**

Amiraev U.A.

Department of Orthopedic Dentistry of the Kyrgyz State Medical Academy named by I.K.Ahunbaev city Bishkek. Kyrgyz Republic.

Resume: in the manufacture of non-removable dentures from a variety of metal alloys, some patients have abnormal situation, intolerance to these material. For treatment intolerance to various metal alloys we carried out experimental work on outbred mice and was found that the introduction of the preparations T-activin and Rapin, having bifunctional effect, increases the strength of the immune response.

Keywords: an experimental justification, preparations of T-activin and Rapin intolerance to metal dentures, mice, spleen, immunity.

Широкое применение стоматологических материалов, в частности, различных сплавов металлов в клинике ортопедической стоматологии обуславливает возникновение всевозможных заболеваний органов и тканей полости рта (1). Металлические включения помимо местного влияния в полости рта могут вызывать изменения в организме целом (2, 3, 4).

Предпосылкой для изучения симптомокомплекса непереносимости к стоматологическим материалам является изменение иммунной системы организма, сопровождающих этот симптомокомплекс (). Поэтому для купирования этих симптомов необходимы иммунокорректирующие препараты, в частности, бифункциональные препараты (действующие как на местном уровне, так и на уровне организма). В качестве такого препарата в последнее время стал использоваться Рапин, солевой раствор которого до последнего времени применялся местно в виде полосканий, орошений, ванночек и др. в различных концентрациях (5, 6). Для определения характеристики Рапина и Т-активина как бифункционального препарата нами

был проведен мониторинг, задачей которого было охарактеризовать адекватность иммунокорректирующей терапии бифункциональными препаратами, а также их комплексное действие на иммунный статус организма.

Материал и методы

Для подбора оптимальных лечебных доз нами изучалось влияние различных концентраций Т-активина и Рапина в разные сроки на функциональное состояние клеточного иммунитета путем идентификации антителообразующих клеток (АОК) в селезенке, основанного на способности антиэритроцитарных антител, секретируемых антителообразующими клетками иммунизированных животных, лизировать в присутствии комплемента эритроциты барана. Эксперимент был проведен на 48 беспородных мышях обоего пола со средней массой 20,5±2,5 г. За 4 дня до начала эксперимента мышей иммунизировали 2% взвесью эритроцитов барана, после чего они были разделены на 5 групп: первая получала 3% Рапин в стерильном растворе подкожно (из расчета 1,5 мг на 1 г массы), вторая 7% раствора этого препарата (3,5 мг на 1 г массы). Третья – иммунорегулятор Т-активин (0,005 на 1 г массы), четвертая – Т-активин и 3% Рапин (соответственно 1,5 и 0,06 мг на 1 г массы) и контрольная группа, которая не получала иммунорегулятор. Спустя 3 дня мышей забивали под эфирным наркозом дислокацией шейных позвонков, извлекали селезенку и определяли в ней АОК. При вскрытии мышей, получивших Рапин внутрибрюшинно, патологических изменений не обнаружено. Подсчитывалось количество “бляшек” – число зон гемолиза в агаровой пластинке. В центре каждой “бляшки” находились АОК, представляющие собой плазмочит или лимфоцит. Зная до посева число лимфоидных клеток, рассчитывали количество АОК на 1 млн спленоцитов и на весь орган. В таблице 1 представлены результаты изучения влияния 3% и 7% Рапина и Т-активина на кативность АОК в селезенке животных, иммунизированных эритроцитами барана.

Таким образом, установлено, что наибольший стимулирующий эффект воздействия на продукцию плазматических клеток оказывает введение мышам Т-активина и 7% Рапина (104 ±8,4), затем активность распределилась следующим образом: Т-активин (60±2,6), 7% Рапин (52,5±2,8) и 3% Рапин (42,8±2,3) на 1 млн спленоцитов. Действие Рапина не вызывает каких-либо побочных местных раздражающих влия*ний в брюшине экспериментальных животных.

В процессе продолжения эксперимента в ранние сроки после однократного применения препаратов число АОК в селезенке постепенно приходит к нормализации показателей, причем наибольший стимулирующий эффеки наблюдается при сочетании применения Т-активина и 3% Рапина (62,4±3,6),

затем активность распределялась следующим образом: Т-активин (52,4±2,6), 7% Рапин (50,8±2,6) на 3% Рапин (41,6±3,4) на 1 млн спленоцитов.

Таблица 1

Влияние 3% и 7% Рапина и Т-активина на антителообразование через 3 дня после применения препаратов (М±м)

Группа	Препарат	Число АОК на 10* спленоцитов	Число АОК во всей селезенке
1	3% Рапин	42,8±2,3*	3990±227*
2	7% Рапин	52,5±2,8*	5145±792*
3	Т-активин	60,4±2,6*	5738±270**
4	Т-активин + Рапин 3%	104,7±8,4* *	10365±820* *
5	Контроль	27,4±4,94	2309±460

Где *- p<0,5, **-p<0,001

Продолжая начатые исследования, нами была проведена 2-я серия экспериментов, которая изучает влияние препаратов через 7 дней после введения. Результаты изучения влияния 3% и 7% Рапина и Т-активина на активность АОК в селезенке животных через 7 дней после применения препарата представлены в таблице 2.

Таблица 2

Влияние 3% и 7% Рапина и Т-активина на антителообразование через 7 дня после применения препаратов (М±м)

Группа	Препарат	Число АОК на 10* спленоцитов	Число АОК во всей селезенке
1	3% Рапин	41,6±3,4	3952±323*
2	7% Рапин	50,8±2,6**	4777,5±247**
3	Т-активин	52,4±2,6**	5006,5±244*
4	Т-активин + Рапин 7%	62,4±3,6**	5740±345**
5	Контроль	24,7±4,99	2426±456,3

Где *- p<0,01, **-p<0,001

Завершающий этап эксперимента состоял в исследовании влияния препаратов через 14 дней после введения этих препаратов. В табл. 3 представлены изучения влияния 3% и 7% Рапина и Т-активина на кативность АОК в селезенке

животных, иммунизированных эритроцитами барана.

Таблица 3

Влияние 3% и 7% Рапина и Т-активина на антилеглообразование через 14 дня после применения препаратов (M±m).

Группа	Препараты	Число АОК на 10* спленоцитов	Число АОК во всей селезенке
1	3% Рапин	38,2±2,22**	36291 ±190*
2	7% Рапин	40,1±1,6,61*	39291 ±633*
3	4777,5±247**	48,5±1,2,71*	46561 ±257*
4	Т-активин+ Рапин 7%	61,47±18,78	60241 ±860
5	Контроль	20,1±4,6	960±497

Где * - p<0,01, ** - p<0,001

После однократного применения препаратов число АОК в селезенке постепенно приходит к норме, причем наибольший стимулирующий эффект на продукцию плазматическими клетками продолжает оставаться при применении 7% Рапина и Т-активина, затем постепенно снижается.

Таким образом установлено, что наибольший стимулирующий эффект на продукцию плазматических клеток во всех трех опытах оказывает введение мышам бифункционального препарата 7% Рапина и Т-активина. Наименьшее содержание АОК в селезенке отмечено при введении 3% Рапина. Действие указанных препаратов приводит к стимуляции генеза АОК, продуцирующих гемолизин, причем 3% и 7% Рапин не вызывает каких-либо побочных местных раздражающих явлений в брюшине экспериментальных животных, а в 7% разведении Рапин по своим иммуномодулирующим свойствам близок к специфическому иммуномодулятору Т-активину.

Учитывая полученные нами данные, можно сделать следующие выводы:

1. Констатировать бифункциональное действие препарата Рапин, где наряду с действием этого препарата на местном уровне отмечается выраженное действие на уровне организма.

2. Показано иммуномодулирующее действие на Т- и В-клеточную кооперацию в увеличению силы иммунного ответа.

3. Данные препараты могут применяться как бифункциональные у больных с недостаточностью систем иммунитета, в том числе и при непереносимости к металлическим включениям в полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амираев У. А., Рузуддинов С. Р. Металлы в ортопедической стоматологии. Методические рекомендации. – Фрунзе. -1980. – С.15.
2. Амираев У. А., Султанбаева С. У. Изучение методом органного культивирования реакции тканей полости рта на стоматологические материалы. В сб. Лечение, реабилитация и диспансеризация больных в условиях горного климата Кыргызской Республике. 1994. –С. 81-83.
3. Амираев У. А., Султанбаева С. У. Клинико-иммунологическая эффективность применения бифункциональных препаратов (Т-активин, рапин – ТР) для больных с явлениями непереносимости к стоматологическим материалам. В сб. Инновационные методы в медицине, фармации и здравоохранении. –Бишкек. –“Технология”. -1998. – С. 122-127.
4. Амираев у. А., Зулкарнеев Р. А. Изучение иммуномодулирующих свойств Рапина методом антилеглообразования. В сб. Современные проблемы стоматологии. ММСИ. К 70 летию В. Н. Копейкина. –М. -1999. –С. 29-32.
5. Дойников А. И., Беляева Л. Г., Костишин И. Д. Клинико-иммунологические параллели непереносимости разнородных сплавов металлов. // Стоматология. – 1990. - №1. – С.55-57.
6. Изобакаров Я. И., Марков Б. П. Влияние разнородных металлов (гальванического тока) на состояние костной ткани. // Стоматология. – 1993. -№2. – С. 19-22.

**ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ
ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ
МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА**

Исаков Э. О., Садыков С.Б.

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

Резюме. В статье освещены способы конструирования и изготовления металлокерамических протезов при заболеваниях пародонта.

Ключевые слова: локальные пародонтиты, дефекты зубных рядов, металлокерамические протезы.

**ПАРОДОНТ ТКАНЫНЫН
ООРУЛАРЫНДАГЫ ТИШ КАТАРЛАРЫНЫН
КЕМТИКТЕРИН МЕТАЛЛОКЕРАМИКАЛЫК
ПРОТЕЗДЕР МЕНЕН ДАРЫЛООНУН
ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

Исаков Э. О., Садыков С.Б.

И. К. Ахунбаев атындагы КММА ортопедиялык
стоматология кафедрасы, Бишкек шаары, Кыргыз
Республикасы.

Кортунду. Макалада пародонт тканынын ооруларын дарылоодо металлокерамикалык

протездердин өзгөчөлүктөрү чагылдырылган.

Негизги сөздөр: Пародонтиттер, тиш катарларынын кемтиктери, металлокерамикалык протездер.

THE FEATURES OF PROSTHETICS OF DEFECTS DENTAL LAYERS WITH CERAMIC-METAL PROSTHETIC DEVICES IN DISEASE OF PARODONTIUM

Isakov E. O., Sadykov S.B.

Department of orthopedic stomatology Kyrgyz State Medical Academy names I. K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume. There are described the methods of construction and preparing ceramic-metal prosthetic devices in diseases of parodontium.

Keywords: localized parodontiumes, defects of dental prosthetic devices, ceramic-metal prosthetic devices.

Заболевания пародонта сопровождаются резорбцией альвеолярного гребня образованием патологического десневого кармана, гингивитом и функциональной перегрузкой пародонта зубов. Резорбция костной ткани лунок приводит к нарушению нормальных биологических закономерностей строения и функции пародонта. С этого момента происходит коренное изменение силовых (биомеханических) взаимоотношений между зубами и окружающими их тканями. В результате резорбции альвеол нарушается нормальное соотношение вне и внутри альвеолярной частей зуба. Обнажается шейка и увеличивается внеальвеолярная часть зуба [3,6].

При нормальном соотношении коронки и корня последний получает нагрузку, не выходящую за пределы адекватной. По мере атрофии альвеолы наружный рычаг увеличивается, а в связи с этим возрастает давление на оставшийся периодонт, вызывая его функциональную перегрузку. Причины, вызывающие заболевания пародонта многообразны, но во всех случаях на определенном этапе развития болезни возникает функциональная перегрузка опорного аппарата и травматическая окклюзия. [1,2,3,6]

Признаки заболеваний пародонта при дефектах зубных рядов всегда более выражены, чем при интактной зубной дуге. Болезнь быстро прогрессирует и очень быстро зубные ряды разрушаются, если не проводится своевременное

ортопедическое лечение. [2,3]

Протезирование дефектов зубных рядов при заболеваниях пародонта желательнее провести мостовидными протезами, отвечающими в максимальной степени требованиям эстетики и не оказывали вредного воздействия на ткани пародонта.

В таких случаях, часто применяются металлокерамические протезы. Они отличаются высоко и полностью обладают высокими эстетическими свойствами, индифферентны к тканям полости рта. На металлокерамических протезах в несколько раз меньше оседает микробная бляшка чем на других конструкциях из различных материалов. Следовательно, металлокерамические протезы более гигиеничны, что особенно важно пациентам с заболеваниями пародонта. [1,4,5,6]

Но, широкое применение металлокерамических протезов при заболеваниях пародонта связано особым клиническим подходом к данной патологии.

В связи с этим возникает необходимость отдельного конструирования и изготовления металлокерамических мостовидных протезов с учетом клинических особенностей заболеваний тканей пародонта.

Материал и обсуждение результатов.

Обследовали 20 больных с заболеваниями тканей пародонта, у которых имелась начальная стадия локального пародонтита без видимой клинической картины воспаления и патологической подвижности, при отсутствии субъективных ощущений. Дефекты зубных рядов по классификации Кеннеди: III-класс-5 пациентов, IV-класс-15 пациентов. После клинических исследований, жалобы пациента и объективный осмотр, проводили рентгенологическую оценку опорных зубов. Препарирование зубов проводилось по общепринятой технологии с помощью турбинной бормашины с воздушно-водяным охлаждением, с уступом вестибулярной поверхности на уровне десны. После получения двойного оттиска отливали комбинированные модели, устанавливали в артикулятор и приступали к моделированию мостовидного протеза в следующем порядке:

- Опорные элементы мостовидного протеза и его промежуточная часть моделировали на одной линии. Криволинейная форма промежуточной части мостовидного протеза приводит к трансформации вертикальных и горизонтальных нагрузок во вращающие.

- Ширину жевательной поверхности тела мостовидного протеза моделировали меньше ширины жевательной поверхности замещаемых зубов.

- Для снижения функциональной перегрузки опорных зубов увеличили их количество, т. е. спаивали между собой по 2 и по 3.

- Промежуточную часть мостовидного протеза, по отношению к слизистой оболочке альвеолярного отростка, моделировали полуседловидной или полуовальной формы в поперечном сечении. Рис.1.

- Колпачки на опорных зубах моделировали таким образом, чтобы между уступом и краем смоделированного колпачка оставался зазор.

Тщательно примерив в металлический каркас, определив цвет фарфоровой облицовки, приступали к изготовлению металлокерамического мостовидного протез. При этом использовали следующую методику нанесения и спекания керамического покрытия. Порошок базисной или грунтовой массы для получения, так называемого опакowego слоя смешивают с дистиллированной водой до сметанообразной или кашицеобразной консистенции на специальной керамической пластинке с ячейками. Кисточкой или шпателем конденсируя ее рифленным шпателем. Лишнюю влагу удаляют фильтровальной бумагой или косметическими салфетками. Толщина нанесенного грунтового слоя должна быть минимальной. Обязательно повторное нанесение грунтового слоя, направленное на закрытие трещин, усадочных впадин и предотвращение просвечивания металла. В целом же следует стремиться к выполнению всех перечисленных требований при минимальной толщине грунтового слоя, имея в виду и экономию места для нанесения других слоев керамического покрытия.

Убедившись в высоком качестве грунтового покрытия, переходят к моделированию и обжигу дентинного слоя керамики. Моделирование оральной и окклюзионной поверхностей коронки производят на комбинированной модели. Дентинную массу также наносят небольшими порциями, уплотняя ее рифлением и удаляя избыток влаги фильтровальной бумагой. Моделирование вестибулярной поверхности имеет некоторые особенности. Дентинную массу наносят до восстановления анатомической формы. После этого дентинный слой в области шеек опорных зубов аккуратно срезали и края их делали с плечевой массой. Эта масса является особой керамикой, которая замешает металл в области уступа. Избыток влаги с плечевой массы удаляли

фильтровальной бумагой и сушили феном. Рис.2.

Вакуумный обжиг проводят при температуре от 750° до $930 \pm 10^{\circ}$ С. После достижения заданной температуры отключают вакуум и выдерживают коронку еще 30 сек, а затем вынимают из печи и охлаждают до комнатной температуры.

Оценку качества изготовленного протеза начинали с осмотра на гипсовой модели. В первую очередь обращали внимание на:

-точность восстановления анатомической формы.

-наличие межзубных контактных пунктов и характер смыкания с зубами - антогонистами

Продезинфицированный протез накладываем в полость рта. После проверки металлического каркаса препятствовать наложению опорных коронок может только плечевая масса, которая использовалась для создания безметаллового слоя в пришеечной области. Излишки плечевой керамической массы могут быть обнаружены при проверке плотности прилегания к пришеечной части зуб, также с помощью копировальной бумаги. После этого тщательно выверяется окклюзионный контакт с зубами-антогонистами как при центральной, так и при других видах окклюзий. Тело мостовидного протеза касалось слизистой десны верхушечной частью точечным контактом. Рис.2.

После глазурирования протеза фиксировали на стеклоиономерный цемент Ketac-3M.

Наблюдения за состоянием краевого пародонта и за качеством протезов проводили через 6 месяцев и 1 год после фиксации протезов. Контрольный осмотр через полгода показал, что у двоих больных отмечались гиперемия, незначительная отечность краев десен, при этом отсутствовали болевые ощущения. У одного больного наблюдали боль в десне, отечность и неприятный запах изо рта и подвижность опорных зубов. После проведенной терапевтической процедуры у двух пациентов объективных признаков воспаления не было. При повторных осмотрах полностью отсутствовали рецидивы воспалительного процесса. Одному пациенту был снят протез с дальнейшим удалением опорных зубов и был изготовлен протез другой конструкции.

Выводы:

1. Для снижения функциональной перегрузки опорных зубов, при изготовлении металлокерамических мостовидных протезов, необходимо увеличить их количество.

2. При конструировании мостовидного протеза его опорные элементы и промежуточная

часть должна находиться в одной линии.

3. Сужение жевательной поверхности тела мостовидных протезов уменьшает нагрузку на опорные зубы.

4. Полуседловидная форма промежуточной части мостовидного протеза гигиенична, не оказывает раздражающего действия на десну

5. Плечевая масса, использованная в пришеечной области, исключает контакт металлической основы металлокерамической коронки с десной и не оказывает неблагоприятного воздействия и существенно улучшает эстетический вид.

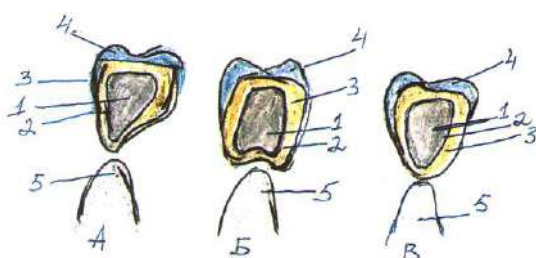


Рис.1:

А - с промывным пространством

Б – седловидная форма

В – полуседловидная форма

- 1 – металлический каркас
- 2 – опакующий слой
- 3 – дентинный слой
- 4 – эмалевая масса
- 5 – альвеолярный отросток

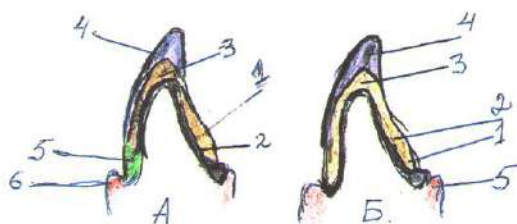


Рис.2:

А – коронка с плечевой массой

Б – без плечевой массы

- 1 – металлический каркас
- 2 – опакующий слой
- 3 – дентинная масса
- 4 – эмалевая масса
- 5 – плечевая масса
- 6 - десна

Литература

1. Абакаров С. И. Современные конструкции несъемных зубных протезов. Учеб. пособие. - М., - 1994 – 95с.
2. Абакаров С. И. Топография керамических и металлокерамических коронок в пришеечной зоне опорных зубов. // Материалы научно – практической конференции <<Одонтопрепарирование>> - М., - 2003. – 5с.
3. Аболмасов Н. Т., Аболмасов В. А., Бычков Н. А., А. Аль-Хаким. Ортопедическая стоматология. – Москва Мед. прессинформ. – 2005. – 339с.
4. Большаков Г. В. Одонтопрепарирование. – Саратов. 1983. – 272с.
5. Гречишников В. И. Пути повышения резистентности твердых тканей зубов после удаления пульпы. // Стоматология. – 1981. №5. – 27 – 28с.
6. Гонибова А. А. Применение фторapatита для профилактики изменений в пульпе при препарировании витальных зубов – Автореф. дис. канд. мед. наук. – Москва. – 2007 – 16с.
7. Златников С. А. Опыт изготовления фарфоровых коронок // Актуальные вопросы стоматологии. Тезисы докл. конф. Тула. – 1981. – 21 – 23с.
8. Каламкарров Х. А. Ортопедическое лечение с применением металлокерамических протезов – М. – 1996. – 175с.
9. Погодин В. С. Реакция пульпы на препарирование зубов под различные виды несъемных протезов и её клиническое значение. // Дисс. канд. мед. наук. – Калинин. – 1968. – 228с.
10. Спицына Н. П. Сравнительная оценка методов одонтопрепарирования при ортопедическом лечении. // Дисс. канд. мед. наук. – М. – 1996. – 110 – 111с.
11. Щербаков А. С., с соавт. Ортопедическая стоматология. – Санкт-Петербург. И. К. Ф. “Фолиант”. – 1997. – 565с.

СПОСОБ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ОДНОЭТАПНЫЕ НЕРАЗБОРНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТЕЛЕСКОПИЧЕСКИХ КОРОНОК

Мурзалиев А.Д., Мурзалиев А.

Кафедра ортопедической стоматологии Кыргызско – Российского Славянского университета им. Б.Н.

Ельцина, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлен опыт использования телескопических коронок на одноэтапные неразборные имплантаты при дефектах зубного ряда со сложными топографо-анатомическими условиями.

Ключевые слова: телескопическая коронка, дистопия зубов, конвергенция, супраструктура, имплантат, резорбция и деформация челюстей.

**ЫНГАЙСЫЗ АНАТОМИЯЛЫК
ТУЗУЛУШТОГУ ШАРТТАРДА БИР
ЭТАПТУУ БУТУН ИМПЛАНТАТТАРГА
ТЕЛЕСКОП КОРОНКАЛАРЫН КОЛДОНУУ.**

Мурзалиев А.Д., Мурзалиев А.

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин ортопедиялык стоматология кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

***Корутунду:** Бул макалада жаактын кемтигинде ынгайсыз анатомиялык тузулуштогу шарттарда бир этаптуу бутун имплантаттарга телескоп турундуго коронкаларын колдонуу ыкмалары каралган.*

***Негизги создор:** телескопиялык коронка, туура эмес жайланышкан тиш, кыйшайган, устунку тузулуш, имплантат, эрилген жана формасы озгорулгон було.*

**METHODS OF PROSTHESIS ON DENTAL
SINGLE-STAGE UNDISMOUNTABLE
IMPLANTS AT UNFAVORABLE
TOPOGRAPHIC AND ANATOMIC
CONDITIONS WITH APPLICATION OF
TELESCOPIC CROWNS**

Murzaliev A.D. 5th year student, Murzaliev A.D.

Subdepartment of prosthetic dentistry of B.N. Eltsin
Kyrgyz-Russian Slavic University,
Bishkek, Kyrgyz Republic
Candidate of Medical Science, Associate Professor

***Summary.** This article describes the experience of use of telescopic crowns on single-stage undismountable implants at tooth alignment defect with complex topographic and anatomic conditions.*

***Key words:** telescopic crown, maleruption, convergence, abutment, implant, resorption and deformation of jaw.*

Некоторые анатомические особенности окклюзии и расположения отдельных зубов создают значительные трудности при протезировании на имплантатах. К ним относятся: дистопия зубов, являющихся антагонистами по отношению к имплантатам и протезу; конвергенция зубов; некоторые отклонения от нормального прикуса, например, глубокое перекрытие.

Кроме того, значительные проблемы в процессе протезирования создают:

- резорбция и деформация челюстей в области удаленных зубов, когда нарушено соотношение альвеолярных отростков и происходит смещение их осей;

- атрофия беззубых челюстей, которая может привести к смещению центральной оси альвеолярных отростков по отношению друг к другу. Чаще это наблюдается на верхней челюсти за счет резорбции вестибулярных стенок альвеол удаленных зубов. В таких случаях применяются нестандартные методики операций, и имплантаты устанавливаются за пределами зубной дуги или с наклоном к ее плоскости.

- значительное увеличение межальвеолярного расстояния, когда для восстановления правильных пропорций лица приходится изготавливать протезы, имеющие весьма большую высоту и необходимо предусмотреть уменьшение их объема и веса, а также акцентировать внимание на косметическом эффекте протезирования.

Во всех вышеперечисленных ситуациях требуются нестандартные решения, для принятия которых необходимо использовать базовые расчетные схемы зубного протезирования (4).

В зависимости от сложности клинических условий, связанных с атрофией альвеолярного гребня при полном отсутствии зубов, когда устанавливается большое количество внутрикостных имплантатов, не всегда удается добиться их параллельности, что может привести к несовпадению вертикальных осей имплантата и супраструктуры. Нелегко в такой исходной ситуации точно и правильно {симметрично} установить имплантат с тем, чтобы направление оси будущей супраструктуры совпадало с направлением осей других имплантатов.

Одним из наиболее рациональных ортопедических подходов в данной анатомической ситуации является изготовление **литых телескопических конструкций.**

Целью нашего исследования явилась оптимизация установки протезов на одноэтапные неразборные имплантаты при неблагоприятных топографо-анатомических условиях.

Внутреннюю коронку можно изготовить в виде слабовыраженного конуса, с наклоном стенок не более 5-7 градусов по отношению к вертикальной оси зуба и это позволяет создать необходимый запас пространства для наружной коронки и облегчит ее припасовку; либо строго цилиндрической формы, с обязательным созданием уступа и обеспечением параллельности ее оси опорным элементам с помощью прибора для

фрезерования.

Пример 1: Больной Д. 1956 г.р. обратился с жалобами на отсутствие передних зубов и эстетический дефект. Со слов больного, удалены 31, 41, 42 зубы год назад по поводу парадонтита. Объективно отмечается атрофия альвеолярного гребня и увеличение межальвеолярных расстояний в области 31, 41, 42 зубов (рис. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).



Рис. 1. Вид нижней челюсти больного Д. 1956 г.р. после операции дентальной имплантации.



Рис. 2. Вид нижней челюсти больного Д. 1956 г.р. Установлены литые внутренние коронки с уступом после фиксации на цемент.



Рис. 3. Вид нижней челюсти больного Д. 1956 г.р. после зубного протезирования.



Рис. 4. Вид нижней челюсти больного Д. 1956 г.р. после зубного протезирования в прикусе.



Рис. 5. Рабочая модель нижней челюсти больного Д. : стадия готовности к установке литых внутренних коронок.



Рис. 6. Рабочая модель нижней челюсти больного Д. с установленными на имплантаты цельнолитыми внутренними коронками.



Рис. 7. Рабочая модель с готовой ортопедической конструкцией 31, 41, 42 зубов.

Один из случаев неблагоприятного расположения челюстей у пациента и ортопедического лечения с использованием описанной методики в усложненном варианте показан на нижеследующем примере.

Пример 2: Больная О. 1953г.р. обратилась с жалобами на затруднённое пережёвывание пищи, плохую фиксацию полного съёмного протеза, чувство инородного тела, тошноту. Из анамнеза выяснено, что больная О. пользовалась частичным съёмным протезом по поводу частичной вторичной адентии верхней челюсти в течении десяти лет. Со слов больной, год назад был удалён второй моляр на верхней челюсти слева, после чего был изготовлен полный съёмный протез. Объективно: внешние признаки старческой прогении (нижняя челюсть выступает вперёд, выраженность носогубных и подбородочных складок, уменьшение высоты нижней трети лица), атрофия альвеолярного гребня (атрофия 2-3 степени) -

гребень седловидной формы; нёбо плоское, точки прикрепления тяжей и уздечки верхней губы находятся на вершине альвеолярного гребня. Поставлен диагноз: полная вторичная адентия верхней челюсти. План лечения: операция установки дентальных имплантатов. Установлены 8 имплантатов. Был изготовлен и установлен условно - съёмный протез с телескопическими коронками (рис. 8,9,10,11,12,13)



Рис. 8. Больная О. 1953 г.р. Верхняя челюсть после операции дентальной имплантации.



Рис. 9. Больная О. 1953 г.р. верхняя челюсть. Установлены литые внутренние коронки с уступом после фиксации на цемент.



Рис. 10. Элементы реставрации: цельнолитые металлические колпачки и готовые металлопластмассовые коронки.



Рис. 11. Телескопические коронки в сборе (металлопластмассовые коронки с внутренним колпачком).



Рис. 12. Вид сверху. Телескопические коронки в сборе (металлопластмассовые коронки с внутренним колпачком).



Рис. 13. Больная О. 1953 г.р. В верхней челюсти наружные металлопластмассовые коронки фиксированы на временный цемент.

Заключение. Важнейшим достоинством телескопических реставраций является простота периодической очистки протезов. Кроме того, они легко адаптируются к изменениям клинической ситуации и позволяют изготавливать элементы реставрации с комбинированной опорой: цельнолитые коронки с металлопластмассовым колпачком на имплантаты и естественные зубы. Для изготовления условно-съёмных мостовидных протезов в нижней челюсти должно быть установлено 6, а на верхней челюсти 8 имплантатов. Если все имплантаты располагаются в идеальной позиции, а степень атрофии костных и мягких тканей не превышает допустимых пределов, то у пациента в наличии благоприятная ситуация для изготовления несъёмных мостовидных протезов. К сожалению, столь удачное сочетание всех указанных факторов встречается крайне редко.

Литература:

1. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология: Основы теории и практики: Науч.- практ. пособие. 2002.- 307-315 с.
2. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А. Ортопедическая стоматология: учебн. для студ. 2009. – 293, 302 с.
3. Лебеденко И.Ю., Еричева В.В., Маркова Б.П. Руководство к практическим занятиям по ортопедической стоматологии. 2009. – 221 с.
4. Ztm. D. Bachmann. Варианты конструкций реставраций с опорой на имплантаты при полной адентии.
5. Новое в стоматологии – 2009. - №2. – стр. 42-46.

**НЕКОТОРЫЕ ПРИЧИНЫ
РАСЦЕМЕНТИРОВКИ И РАЗРУШЕНИЯ
ЗУБОВ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ
КОНСТРУКЦИЯМИ**

Коомбаев К.К., Идрисов У.И., Коомбаев А.К.

Кыргызско –Российский Славянский университет
им. Б.Н. Ельцина, городская стоматологическая
поликлиника №4 г. Бишкек, Кыргызская
Республика

***Резюме.** Представлен опыт, накопленный в практической деятельности препарирования твердых тканей под металлокерамическими конструкциями. Дан анализ проблемы и практические рекомендации.*

***Ключевые слова:** ткани зуба, металлокерамические конструкции, имплантат, термический ожог, некроз.*

**ТИШТИ ЦЕМЕНТТӨӨНҮН ЖАНА МЕТАЛЛ-
КЕРАМИКАЛЫК КОНСТРУКЦИЯЛАРДЫН
АЛДЫНДАГЫ ТИШТЕРДИН КЫЙРООГО
УЧУРАШЫНЫН АЙРЫМ СЕБЕПТЕРИ**

Коомбаев К.К., Идрисов У.И., Коомбаев А.К.

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз -Россия Славян
университети,
Бишкек ш. №4 тиш дарылоо бейтапканасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

***Корутунду:** Металл-керамикалык конструкциялардын алдындагы тиштердин катуу булчуңунун дарылоо ишмердигинин иш жүзүндө топтолгон тажрыйбасы көрсөтүлгөн. Маселени талданышы жана иш жүзүндөгү сунуштар берилген.*

***Ачык сөздөр:** тиштин булчуңу, металл-керамикалык конструкциялар, имплантат, термикалык күйүк, некроз.*

**SOME REASONS FOR CEMENTING AND
ODONTOLYSIS UNDER PORCELAIN FUSED
METAL CONSTRUCTIONS**

Koombaev K. K, Idrisov U.I., Koombaev A. K
KRCU, Bishkek, KR.

***Summary.** Experience, accumulated in practical activity of preparation of hard tissues of tooth under porcelain fused metal construction, is given. Analysis of problem and practical recommendations are given.*

***Keywords:** tooth tissues, porcelain fused metal constructions, implant, thermal injury, necrosis.*

На данный момент в нашей республике, как наиболее доступный, чаще всего применяется механический метод препарирования твердых тканей зубов без водяного охлаждения или при недостаточном водяном охлаждении, т.к. этот метод не требует дорогостоящего и высококачественного оборудования.

К недостаткам этого метода можно отнести болезненность манипуляций и связанную с этим необходимость анестезии, перегрев препарированных тканей и образование сколов, микротрещины эмали и оставление на стенках полости ослабленных эмалевых призм, образование смазанного слоя на поверхности дентина и удаление большого количества здоровых тканей.

Поэтому при механическом методе препарирования борами необходимы опыт и строгое соблюдение ряда условий, предотвращающее возможность повреждения тканей зубов.

Разрушающее действие высокой температуры на живые ткани и клеточные структуры организма хорошо изучено. Особенно часто повреждается пульпа. Врачи обычно не особенно обращают внимание на возможность перегрева, т.к. считают, что применение стандартного водно-воздушного охлаждения обеспечивает достаточную защиту.

Опыт показывает, что труднее всего избежать локальных перегревов, связанных с передержкой процесса механической обработки локального места, поэтому обязательным является импульсное, кратковременное, контролируемое воздействие на твердые ткани зубов, с использованием обильного орошения и слюноотсоса.

В своей работе необходимо ориентироваться на некоторые теплофизические данные, из которых считаю нужным выделить теплопроводность твердых тканей зубов, составляющую в кал/см·сек·°С:

Таблица №1

твёрдых тканей зубов	кал/см·сек·°С
эмаль	2.3 ·10 ⁻⁴
здоровый дентин	4.7 ·10 ⁻⁴
кариозно- измененный дентин	6.8 ·10 ⁻⁴
вязкая жидкость	10 ·10 ⁻⁴ (Л1)

При прикосновении бором к твердой ткани зуба нагрев происходит импульсно и перегрев уменьшается медленно.

Ни одним из этих факторов нельзя пренебрегать, т.к. ожог тканей зуба визуально заметить невозможно, а его наличие имеет большие последствия. Цементировка мостовидной металлокерамической конструкции и коронки на месте термического ожога, как правило, ведет к отторжению обугленной ткани, и происходит расцементировка, кроме того возникают и воспалительные заболевания тканей зуба.

Зуб, при обработке бором или сверлами во время препарирования его под металлокерамической коронкой, по евростандарту, должен охлаждаться струей воды со скоростью 4-5 мл/сек, во избежание перегрева, а слюноотсос должен иметь производительность не менее 4-5 л/мин, иначе будет возникать глотательный рефлекс.

Чем больше отшлифовывается твердых тканей зубов, тем выше вероятность повреждения пульпы, термического ожога и травматического пульпита.

Глубокое препарирование твердых тканей зубов под металлокерамические конструкции при определенных условиях может уже через 1 ч вызвать нарушение кровообращения в пульпе и периодонте. Это проявляется резко выраженной гиперемией по ходу капилляров и прекапилляров и очаговыми кровоизлияниями, которые постепенно нарастают и сопровождаются отеком. В лучших случаях воспалительный процесс стихает через 10-15 дней, в худших - в тканях пульпы возникают деструктивные изменения (травматический пульпит). Поэтому при препарировании зубов с живой пульпой и создании условий для рационального конструирования металлокерамического протеза необходимо соблюдать все меры предосторожности в отношении перегрева тканей. Учитывая зоны безопасности и предельно допустимую толщину твердых тканей над пульпой, рекомендуется режущие края центральных резцов нижней челюсти укорачивать до 1,5 мм, остальных передних зубов обеих челюстей - до 1,8-2 мм (а жевательную поверхность, премоляров и моляров — до 2 мм) [1].

В общем, основными причинами некроза или хронического воспаления пульпы зуба могут быть такие факторы, как перегрев значительных слоев дентина при работе бором, с недостаточным охлаждением и передержками.

Кроме того, крупно- и среднезернистые боры должны использоваться только для снятия эмали и поверхностных слоев дентина, а для дальнейшего шлифовки твердых тканей необходимо применять мелкозернистые абразивы. Инструментарий для финишной обработки с малой зернистостью снижает вероятность перегрева зубов и, следовательно, возникновения термического ожога пульпы. Старые боры не стачивают ткань, а сильно греют его.

Для лучшего сопряжения металлокерамики с зубом необходимо применять обточку зуба с круговым уступом, на который будет опираться коронка. Вначале, для защиты зуба от бора между зубом и десной, немного отодвигая десну, прокладывается специальная нить. И для получения геометрически точного уступа необходимо использовать микроскоп и освещать место обработки фиброоптикой.

На обточенный без уступа зуб делается металлокерамическая коронка, которая ложится на зуб внахлест. На месте перехода коронки в зуб образуется ступенька. На эту ступеньку десна реагирует как на инородное тело, и она может воспалиться. На этой ступеньке скапливается микробный налет, т.к. это место трудно-вычищаемо. Это приводит со временем к воспалению десны (гингивиту).

Для предотвращения термического ожога при обточке необходимо соблюдать осторожность, т.е. не передерживать бор, мелкозернистый и новый.

При наличии в полости рта дентальных имплантатов патология пародонта в области естественных зубов является фактором риска развития периимплантита.

Преимущества и недостатки различных уровней препарирования зубов в области десневого края, таких как: супрагингивального, парагингивального и субгингивального недостаточно изучены [2].

Есть данные, указывающие на то, что использование металлокерамических конструкций с супрагингивальным расположением края коронок является мерой профилактики возникновения и прогрессирования патологических изменений в пародонте опорных зубов.

Для металлокерамических конструкций лучше использовать живой недепульпированный зуб, а если проводится депульпирование больного зуба необходимо тщательно вылечить его, прочистив каналы, используя рентгеновские снимки, специальные приборы и инструментарий.

В связи с этими недостатками механической обработки возрастает интерес стоматологов к альтернативным методам препарирования, особенно к лазерным. Преимуществами лазерного препарирования являются: отсутствие шума бормашины, стресса у пациентов, необходимости анестезии, возможности перекрестной инфекции и возникновения трещин эмали, а также безболезненность процедуры и экономия времени до 40-50 процентов.

Ниже показаны случаи из нашей практики:

1.Рис. 1.



Рис. 1. Расцементировка МКК. Ожог первого и второго зуба справа, и первого зуба слева. Убрали некроз под обильным орошением стерильной аэрозоли низкой температуры мелкозернистым бором, прерывисто, и все поставили обратно.



Рис. 2. Расцементировка МКК размягчение поверхности твердых тканей, в результате ожога появился вторичный кариес. После предварительной обработки зубов металлокерамическую конструкцию посадили на цемент.

Литература

1. Е.И. Гаврилов, А.С. Шербаков, Москва 1984-575с. Ортопедическая стоматология.
2. Е.И. Гаврилов, 1984-91с. Деформация зубных рядов.

V БӨЛҮК ХИРУРГИЯЛЫК СТОМАТОЛОГИЯНЫН МАСЕЛЕЛЕРИ

РАЗДЕЛ V ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ
СОТРУДНИКОВ КАФЕДРЫ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ КГМА
ИМ. И.К. АХУНБАЕВА**

Токтосунов А.Т.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Резюме

В этой статье представлены научно-исследовательские работы проведенные сотрудниками кафедры с начала ее организации и их внедрение в практическое здравоохранение, а также их изобретательская деятельность.

Ключевые слова: хирургическая стоматология, челюстно-лицевая хирургия.

**И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КММА НЫН
ХИРУРГИЯЛЫК СТОМАТОЛОГИЯ
ЖАНА БЕТ-ЖААК ХИРУРГИЯСЫ
КАФЕДРАСЫНЫН КЫЗМАТКЕРЛЕРИНИН
ИЛИМИЙ-ПРАКТИКАЛЫК САЛЫМДАРЫ**

Токтосунов А.Т.

И.К. Ахунбаев атындагы КММА нын хирургиялык стоматология жана бет-жаак хирургия кафедрасы

Корутунду

Бул илимий эмгекте кафедра кызматкерлеринин, кафедра негизделген кундон берки илимий-изилдоо иштери, алардын практикада колдонулушу, жана ойлоп табуудагы салымы келтирилген.

Негизги создор: хирургиялык стоматология, бет-жаак хирургиясы

**SCIENTIFIC AND PRACTICAL HERITAGE
THE STAFF OF CHAIR OF SURGICAL
STOMATOLOGY AND MAXILLOFACIAL
SURGERY OF KSMA OF I.K. AKHUNBAYEV**

Toktosunov A.T.

Chair of surgical stomatology and maxillofacial surgery of KGMA of I.K.Akhunbayev.

Summary

In this article research works the chairs carried out by employees since the beginning of its organization and their introduction in practical health care, and also their inventive activity are presented.

Key words: surgical stomatology, maxillofacial surgery.

Становление хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в Кыргызстане тесно связано с развитием стоматологии и в целом медицины.

Практически до и вовремя Великой Отечественной войны в СССР, в Кыргызстане, функционировала одна стоматологическая поликлиника и 49 зубокабинетов, в которых работало всего 12 врачей-стоматологов с высшим образованием и 66 зубных врачей – которые в основном оказывали экстренной амбулаторной хирургической стоматологической помощи. А оказания помощи пациентам с патологией челюстно-лицевой области проводилось в общих больницах хирургического профиля.

Организация и оказания специализированной помощи больным с патологией ЧЛЮ, в период ВОВ, начала развиваться после эвакуации в г. Фрунзе, сотрудников Киевский и Харьковский стоматологических институтов. В этот период работали такие высококвалифицированные специалисты, как - проф. Л.Н. Бэлейкин, Д.Л. Дудкин, М.Б. Фабрикант и др.

В ближайший послевоенный период были сформулированы новые подходы в тактике лечения челюстно-лицевых раненых. Определены сроки оказания костно-пластических операций на нижней челюсти. Рекомендованы более активные методы хирургического лечения огнестрельного остеомиелита челюстей, а также ранние пластические операции при наличии свежих рубцов

(Н.М.Александров, Н.М. Михельсон, Н.В. Мухин, А.Л. Лимберг, И.Г.Лукомский, А.А.Кьяндский, Ф.М.Хитров и др.).

В Кыргызстан этот огромный научно-практический послевоенный опыт, передавался, прежде всего, в лице Снежко Я.М.

Снежко Яков Макарович в 1938 году окончил Киевский стоматологический институт и по распределению направлен в Киргизию, где начал свою деятельность в качестве преподавателя нормальной анатомии в медицинской школе и по хирургической стоматологии в отделении зубных врачей, а также врачом-ординатором отделении госпитальной хирургии РКБ.

В период ВОВ (1941- 1945 гг) Я.М. Снежко, служил в рядах Советской Армии в качестве начальника медицинской части госпиталя и одновременно работал общим хирургом.

После демобилизации из армии, Я.М. Снежко на базе госпитальной хирургии выполнял разнообразный перечень хирургических вмешательств послевоенным раненым в челюстно-лицевую область, широко использовал для возмещения сквозных дефектов стель В.Л.Филатова, оказывал помощь онкологическим больным.

В 1946 году при кафедре госпитальной хирургии КГМИ был организован - курс по стоматологии для студентов лечебного факультета (вел Снежко Я.М.). Где преподавались вопросы этиопатогенеза патологии зубов и зубо-челюстной системы, а также основы челюстно-лицевой хирургии. **Тем самым, база для организации кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, была основана в 1946 году.**

После защиты кандидатской диссертации Я.М. Снежко (1951 г.) и после получении им звания доцента, в 1956 году создан, доцентский курс по стоматологии (зав. доцент Снежко Я.М.).

До 1960 года подготовка стоматологических кадров республики проводилась в ВУЗах за пределы страны (в городах Москвы, Ленинграда, Киев, Воронеж).

Знаменательной вехой в развитии стоматологии Кыргызстана явилась организация стоматологического факультета при КГМИ в 1960 г.

В 1960 году, доцентский курс по стоматологии при кафедре госпитальной хирургии КГМИ, - преобразован в самостоятельную кафедру стоматологии и до 1973 года заведовал кафедрой - доцент **Снежко Я.М.** В этой кафедре проводились

обучения студентов стоматологического факультета, по всем профильным дисциплинам (терапевтической, ортопедической, хирургической и детской стоматологии).

В 1962 году после открытия при РКБ самостоятельного челюстно-лицевого отделения (зав. отд., к.м.н. Бернштейн Б.И.), данное отделение стало, стационарной клинической базой кафедры хирургической стоматологии и детской стоматологии при КГМИ.

В последующие годы в г. Фрунзе были открыты городские стоматологические поликлиники (ГСП №1, №2, №3), а также стоматологическое отделение Республиканской консультативной поликлиники – которые явились поликлинической базой, кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

С 1973 года кафедру возглавил профессор **Павлов Б.Л.** Научные исследования кафедры, были посвящены изучению травматического остеомиелита, врожденных расщелин губ и неба, одонтогенных кист челюстей.

С 1981 по 2004 г.г. кафедрой заведовал д.м.н., профессор **Шейнман В.Ю.** На кафедре были продолжены научные исследования в области восстановительной хирургии лица и шеи, которое было завершено в 1990 году защитой докторской диссертацией, а также продолжались изучения воспалительных процессов и повреждений ЧЛЮ.

С 2004 по 2010 год кафедру возглавлял к.м.н., доцент **Бакиев Б.А.**

С учетом тенденции развития современной науки и практики на кафедре сотрудниками продолжались научные изыскания в области травматологии и гнойно-воспалительной хирургии ЧЛЮ, имплантологии.

В 2010 году на заведование кафедры, по конкурсу прошел к.м.н., доцент **Токтосунов А.Т.** На кафедре и в настоящее время продолжается научно-исследовательские работы, по усовершенствованию диагностики и лечения пациентов с гнойно-воспалительными процессами и повреждениями ЧЛЮ, заболеваниями слюнных желез, с опухолевыми процессами головы и шеи, а также имплантологии. В рамках, которых прошла защита докторской диссертации Бакиева Б.А..

Научные разработки сотрудников кафедры по протетике хирургической стоматологии.

Хирургическая стоматология, являясь составной частью общей стоматологии, формировалась, прежде всего, с изучения вопросов обезболивании и хирургических методов лечения

зубов.

В 1963 г. ассистент кафедры **Е.А. Магид** под руководством проф. Г.И.Семенченко, защитил кандидатскую диссертацию на тему: "Затруднённое прорезывание нижнего зуба мудрости и связанные с ним осложнения".

На кафедре продолжались изучения вопросов иннервации ЧЛЮ, результатами которых явились, успешные защиты кандидатских диссертаций: **Сабуровой Л.Б.** на тему: "Нервы верхней челюсти новорожденных"(1965 г) и **Б.И. Бернштейна** на тему: "Анатомия нижнего луночкового нерва у человека и нижнечелюстного альвеолярного, нерва у некоторых животных» (1966 г.) под руководством проф. Н.Н.Лаврова.

В 1968 г. в г. Киеве под руководством Ю.И. Бернадского состоялась защита кандидатской диссертации аспиранта кафедры **Абдрахманова С.А.** на тему: "Сравнительная оценка некоторых методов местного обезболивания у стоматологических больных по данным функциональных показателей почек".

Научные разработки сотрудников кафедры по диагностике и лечению больных с воспалительными процессами челюстно-лицевой области.

Огромное количество клинических и экспериментальных исследований было посвящено вопросам диагностики, профилактики и лечению гнойных процессов ЧЛЮ (Евдокимов, Г.А. Васильев, Я.М. Биберман, М.М. Соловьёв, Н.Н. Бажанов, Т.Г. Робустова, А.Г. Шаргородский Ф.И. Вернадский, В.А. Дунаевский и др.).

Определённый вклад в изучение воспалительных процессов челюстно-лицевой области предвносят и стоматологи Кыргызстана. Вопросам острой одонтогенной инфекции, изучению патогенеза острых одонтогенных остеомиелитов были посвящены исследования Снежко Я.М. совместно с известным советским стоматологом Г.А. Васильевым. Была разработана инфекционно-аллергическая теория патогенеза острого остеомиелита челюстных костей, согласно которой для развития остеомиелита челюстей необходима сенсibilизация организма (подтверждения концепции С.М. Дерижанова).

В конечном итоге в 1951 г. была защищена кандидатская диссертация **Снежко Я.М.** на тему: "Хронический инфекционный экспериментальный остеомиелит нижней челюсти".

Вопросы этиологии и патогенеза воспалительных процессов слюнных желез

разрабатывались в клинко-экспериментальной работе **Шейнмана В.Ю.** Исследования, которого, в 1970 г. были завершены защитой кандидатской диссертации в России на тему: "Коллатеральное кровообращение околоушной слюнной железы при моделировании патологических состояний и оперативных вмешательств".

Исследования хронических воспалительных процессов слюнных желез в последующим были продолжены на кафедре **Шаяхметовым Д.Б.**

В 1990 году в г. Ленинград прошла защита кандидатской диссертации **Шаяхметова Д.Б.,** на тему: "Клинко-экспериментальное обоснование объёма хирургического вмешательства и реабилитации при лечении больных калькулёзным сиалоаденитом» (руководитель проф. Шеломенцев Ю.А.).

В 1991 году в ЦНИИС (г. Москва) прошла защита кандидатской диссертации ассистента кафедры **Токтосунова А.Т.** на тему: "Клиника, диагностика и лечение больных с флегмонами височной области, подвисочной и крылонебной ямок" (руков. проф., Член-корр. АМН РФ В.М. Безруков).

Диагностика и лечение осложнений гнойно-воспалительных процессов ЧЛЮ, требует невероятных усилий челюстно-лицевых хирургов. В этом направлении, (под руководством проф. Бейшеналиева А.С.), кандидатская работа **Ургуналиева Б.К.** на тему: «Прогнозирование и профилактика одонтогенного медиастинита при глубокой флегмоне шеи и дна полости рта», успешно завершилась защитой в 2008 г.

В 2009 г. как соискатель, закончил научную работу по защите кандидатской диссертации - **Лесогоров С.Ф.** на тему: «Совершенствование хирургического метода лечения хронического одонтогенного перфоративного гайморита с применением аутоплазменной мембраны» (руков. проф. Юлдашев И.М.).

Соискателями кафедры изучались и вопросы диагностики, и лечение больных с воспалительными процессами ЧЛЮ у детей, в 2011 году прошла успешная защита кандидатской диссертации **М.В. Буховым** на тему: «Совершенствование комплексной методики лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний у челюстно-лицевой области у детей», под руководством **С.Б. Орозобекова** и И.М. Юлдашева.

В 2011 году на Специализированном

Совете по хирургии, прошла защита докторской диссертации **Бакиева Б.А.**, на тему: «Современные аспекты комплексной терапии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи», (научный консультант проф. Бектуров Ж.Т.)

Научные разработки сотрудников кафедры по диагностике и лечению больных с повреждениями челюстно-лицевой области.

Немаловажное значение в разработке научных исследований, придавалось и в изучении патологии связанные с повреждениями ЧЛО.

В Ленинграде в 1972 г. под руководством Д.А. Дунаевского защищена кандидатская диссертация **А.М. Мамытова** на тему: "Клиника и лечение переломов нижней челюсти по материалам отделения челюстно-лицевой хирургии РКБ Киргизской ССР".

В 1982 г. в г. Пермь состоялась защита кандидатской диссертации **Иманкулова Р.И.** на тему: "Гнойные осложнения при переломах нижней челюсти" (руководитель проф. Б.Л. Павлов).

В 1991 году под руководством проф. Д.А. Дунаевского, защитил кандидатскую диссертацию ассистент кафедры **Матсаков К.С.** на тему: "Клинико-экспериментальное обоснование применения излучения гелий-неонового лазера в комплексном лечении переломов и травматического остеомиелита нижней челюсти в Киргизии" в ИЛГМИ им. акад. И.П. Павлова (г. Ленинград).

В подготовке научно-педагогических кадров кафедры, немаловажное значение имело, обучение в целевых аспирантурах ВУЗов России. Так, в 1992 году, в г. Санкт-Петербург под руководством проф. Д.А. Дунаевского, успешно прошла защита кандидатской диссертации, целевого аспиранта **Юлдашева И.М.**, на тему: «Оценка клинических признаков диагностики, возможностей лечения и профилактики лучевого остеомиелита нижней челюсти».

Открытие Специализированного Совета по защите докторских и кандидатских диссертаций по стоматологии в стенах КГМА, дало стимул многим сотрудникам кафедры и соискателям к участию в научно-исследовательской работе.

В 2002 году под руководством проф. Шейнмана В.Ю., была защищена кандидатская диссертация **Тажобаева А.Ю.** на тему: «Сравнительная оценка способов лечения угловых переломов нижней челюсти».

В КГМА на совмещенном совете

(хирургия, стоматология), в 2004 году прошла защита кандидатской диссертации, **Ешиева А.М.** на тему: «Лечение переломов нижней челюсти модифицированной шиной Тигершtedта» (руков. Шейнман В.Ю.).

Сотрудниками кафедры проводились и фундаментальные научные разработки. Так ассистент кафедры **Курамаева У.К.**, под руководством проф. Габитова В.Х., на основании экспериментальных работ, в 2009 году, защитила кандидатскую диссертацию, на тему: «Обоснование применения биологически-активных веществ при лечении термических ожогов»

В 2012 году была защищена кандидатская диссертация на тему: «Совершенствование хирургического лечения травматического остеомиелита нижней челюсти с пластикой костной полости аутоплазменной мембраной» соискателем кафедры, **Кулназаровым А.С.** (руков. проф. Бейшеналиев А.С.).

Научные разработки сотрудников кафедры по реконструктивно-восстановительной хирургии ЧЛО.

Восстановительная хирургия ЧЛО занимает особое место в челюстно-лицевой хирургии. Актуальность этого раздела определяется, прежде всего, тем, что патология мягких и опорных тканей лица различного генеза сопровождается не только анатомическими, но и психоэмоциональными расстройствами.

Рассматриваемая проблема обусловлена ростом дорожно-транспортных повреждений, расширением объема оперативных вмешательств по поводу онкологических заболеваний, увеличением числа пороков развития детского организма.

И 1981 г. в г. Ленинграде под руководством проф. Павлова Б.Л. состоялась защита кандидатской диссертации **Орозобекова С.Б.** на тему: "Распространенность, клиника и лечение врождённых расщелин губы и нёба В Киргизской ССР".

Под руководством д.м.н., проф. член. корр. АМН РФ Безрукова В.М. и к.м.н. Логиновой М.К. в 1986 г. в ЦНИИС г. Москва состоялась защита кандидатской диссертации **Мамытовой А.Б.** на тему: «Хирургическое лечение при параличах мимических мышц».

В 1986 г. в г. Пермь под руководством проф. Павлова Б.Л. защищена кандидатская диссертация **Бакиева Б.А.**,

на тему: «Хирургическое лечение одонтогенных кист челюстей».

В 1990 году в ЦНИИ стоматологии (г. Москва) состоялась защита докторской диссертации зав. кафедрой хирургической стоматологии КГМИ **Шейнман В.Ю.** на тему: «Применение комбинированных трансплантатов с отграничителем из твёрдой мозговой оболочки в восстановительной хирургии челюстно-лицевой области». Научный консультант директор ЦНИИС чл.корр. АМН РФ, проф. **Безруков В.М.**

Научные разработки кафедры продолжались и в диагностике и лечении врожденных аномалий, результатом которых явилась защита докторской диссертации к.м.н., доц. **Абдрахмановым С.А.**, которая состоялась в г. Киеве, в 1992 г. На тему «Врожденные несращения неба у детей Республики Кыргызстан». Научный консультант – д. м. н. профессор Бернадский Ю.И.

Вопросы совершенствования способов хирургического лечения врожденных дефектов занимают особое место в восстановительной хирургии челюстно-лицевой области. Сложность лечения этой патологии определяется не только задачами восполнения целостности верхней губы и неба, но и предупреждением развития зубо-челюстных деформаций.

Многолетние научные исследования, проведенные в этой области, позволило доценту кафедры **Орозобекову С.Б.** защитить докторскую диссертацию на тему: «Применение ауто-аллогенных трансплантатов в пластике дефектов и деформаций опорных тканей лица» в 2003 г.

Впервые в истории Кыргызстана в 1993 году стоматологом (соискателем кафедры), **Джемуратовым М.А.** защищена кандидатская диссертация в области онкологии на тему: «К хирургическому лечению метастазов рака органов головы и шеи лимфоузлы шило-сосцевидно-зачелюстной области».

Научный руководитель оториноларинголог - д.м.н., проф. Фейгин Г.А.

Научные разработки сотрудников кафедры по имплантологии.

В настоящее время в проведении научных разработок по стоматологии, наибольшую актуальность представляет, изучение вопросов по восстановлению дефектов зубного ряда челюстей с применением методов имплантации.

В этом плане сотрудники кафедры внесли определенную лепту по усовершенствованию методов лечения дефектов зубного ряда с

использованием последних достижений в области имплантологии. В стенах КГМА 2008 году, прошла защита кандидатской диссертации **Цой А.Р.** на тему: «Цилиндрические имплантаты с памятью форм в лечение вторичной частичной адентии» (руков. доцент Мамытова А.Б.).

В 2011 году, под руководством проф. Юлдашева И.М. защитил кандидатскую диссертацию, **Алымбаев Р.С.** на тему: «Разработка набора инструментария и модифицированного метода фиксации для повышения эффективности функционирования субпериостальных имплантатов».

Таким образом, за более 66 летней истории кафедры, сотрудниками кафедры опубликовано свыше 900 научных трудов, изданы 5 монографий, 1 атлас, более 50 учебно-методических пособий, свыше 30 методических рекомендаций для врачей.

За прошедшие годы сотрудниками кафедры и соискателями получены более 22 свидетельств на изобретение и патентов СССР и Кыргызпатента, в разработке которых принимали активное участие: Шейнман В.Ю., Чотонов О.А., **Орозобеков С.Б.**, Мамытова А.Б., Токтосунов А.Т., Бакиев Б.А., Мухин В.Н., **Хван Ю.П.**, Мамытов А.М., Исаев А.И., Ешиев А.М., Джумалиев А.А., Тажибаев А.Ю., Цой А.Р. (см. таблицу).

На кафедре получены более 50 удостоверений на рационализаторское предложение.

Сотрудниками и соискателями кафедры защищены 4 докторских и 25 кандидатских диссертаций. Научные разработки, которых, постоянно внедряются в практическое здравоохранению.

Сотрудники кафедры активное участие принимают в оказании помощи практическому здравоохранению, проводя консультативную работу, курирование практических врачей проведением учебно-лечебно-методическую работу, а также выезжая в регионы по линии санитарной авиации.

Тем не менее, для сотрудников кафедры основным является преподавательская деятельность, обучение студентов.

На 5 клинических базах кафедры (кроме стационарной базы и СУНКЦ, в ГСП №3,4,5) обучаются студенты факультетов «Стоматология», «Лечебное дело», «Общественное здравоохранение», «Иностранцев граждан» (англ. язык) и «Последипломное медицинское образование» (клиническая ординатура и врачебная интернатура).

Лекции и практические занятия проводятся с применением современных технологий с использованием ТСО и мультимедийных оборудований, На кафедре практикуется проведение практических занятий и организацией олимпиад, среди студентов стоматологического факультета с применением, непрерывного фантомного обучения (моделированием патологических состояний на фантомах и муляжах, а также проводя отработки оперативных вмешательств на этих моделях).

Научные разработки кафедры в перспективе.

Сотрудники кафедры продолжают изыскание по научной теме «Разработка способов хирургического лечения дефектов, деформаций, повреждений и воспалительных процессов челюстно-лицевой области, дефектов зубного ряда биологическими и небиологическими материалами».

Проведение научных исследований, проводится по трем направлениям:

1. «Пластика послеоперационных дефектов больных с опухолями головы и шеи, костных врожденных и приобретенных дефектов, деформаций и повреждений с применением ауто-реплантатов из мягких и костных тканей, а также восстановление дефектов зубного ряда имплантатами».
2. «Разработка и усовершенствование способов лечения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области».
3. «Научное обобщение состояния, пути оптимизации лечения и реабилитации больных с патологией слюнных желез в Кыргызской Республике».

Перечень авторских свидетельств на изобретение и патентов полученных сотрудниками и соискателями кафедры:

1	2	3
1	«Способ лечения перфорации верхнечелюстной пазухи».	Бакиев Б.А., Шейнман В.Ю.
2	«Способ лечения паралитического лагофтальма».	Мамытова А.Б.
3	«Способ миопластики угла рта при параличе мимических мышц».	Мамытова А.Б., Безруков В.М.,Ипполитов В.П.,Катаргина Т.А.

4	«Шина для иммобилизации отломков верхней челюсти».	Мамытова А.Б., Шиц В.Э.
5	«Способ лечения кист челюстей».	Павлов Б.Л., Бакиев Б.А., Чотонов О.А.
6	«Способ хирургического лечения рака нижней губы».	Токтосунов А.Т., Шейнман В.Ю., Джемуратов М.А., Борбашев Т.Ш.
7	«Способ формирования кожно-тканевого аутотрансплантата».	Шейнман В.Ю.
8	«Способ лечения переломов нижней челюсти».	Шейнман В.Ю., Тажибаев А.Ю.
9	«Способ получения трансплантата для опорно-контурной пластики».	Шейнман В.Ю., Мухин В.И., Хван Ю.П.
10	«Способ заготовки реплантата для восстановления дефекта нижней губы».	Шейнман В.Ю., Орозобеков С.Б.
11	«Способ хирургического лечения анкилоза височно-нижнечелюстного сустава».	Шейнман В.Ю., Мамытова А.Б., Чотонов О.А.
1	2	3
12	«Способ лечения дефектов верхней и средней зон лица».	Шейнман В.Ю., Чотонов О.А., Исаев А.И.
13	«Способ лечения вторичных тотальных дефектов неба».	Шейнман В.Ю.
14	«Шина для иммобилизации нижней челюсти».	Шейнман В.Ю., Джумалиев А.А., Чотонов О.А.
15	«Способ заготовки трансплантата».	Шейнман В.Ю., Чотонов О.А.
16	«Способ лечения привычного вывиха нижней челюсти».	Шейнман В.Ю., Орозобеков С.Б., Чотонов О.А.
17	«Способ лечения переломов нижней	Шейнман В.Ю., Ешиев А.М.

	челюсти модифицированной шиной Тигершtedта».	
18	«Способ лечения гнойных ран челюстно-лицевой области».	Шейнман В.Ю., Ковалев А.П.
19	«Аппликационно-сорбционный способ лечения гнойных ран челюстно-лицевой области».	Шейнман В.Ю., Мурадов Р.Н.
20	«Ударное устройство, используемое при дентальной имплантации».	Цой А.Р.
21	«Способ имплантации цилиндрических имплантатов с термомеханической памятью в лунки свежееудаленных многокорневых зубов».	Цой А.Р., Мамытова А.Б.
22	«Способ применения аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, при операциях на альвеолярных отростках челюстей, сопровождающихся образованием дефектов костной ткани».	Цой А.Р., Мамытова А.Б., Шаяхметов Д.Б., Тен И.Б.

Литература

1.Шейнман В.Ю. Научно-практическое наследие стоматологов Кыргызстана, Бишкек, 2001, 119 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ГНОЙНОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Бакиев Б.А., Джумаев А.Т., Ургуналиев, Лесогоров С.Ф., Кулназаров А.С., Курамаева У.К., Бакиев А.Б., Мурадов Р.Н., Орозобаева Э.Б.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева, НГ МЗ КР.

Резюме: Представлены разработанные клинко-экспериментальные инновационные способы лечения гнойно-септических заболеваний

челюстно-лицевой области и шеи с использованием современных антисептиков, ранозаживляющих, аутозамещающих материалов и непрямой эндолимфатической антибиотикотерапии.

Ключевые слова: гнойная рана, термические ожоги, травматический остеомиелит челюстных костей, одонтогенный гайморит, лечение.

ИРИҢДУУ ЖААК-БЕТ ХИРУРГИЯСЫНЫН АКТУАЛДУУ МАСЕЛЕЛЕРИ

Бакиев Б.А., Джумаев А.Т., Ургуналиев, Лесогоров С.Ф., Кулназаров А.С., Курамаева У.К., Бакиев А.Б., Мурадов Р.Н., Орозобаева Э.Б.

И.К.Ахунбаев атындагы КММА, хирургиялык стоматология жана жаак-бет хирургиясы кафедрасы, КР ССМ УГ

Резюме. Жаак-бет аймагынын жана моюндун ириңдүү-септикалык ооруларын заманбап антисептикалар, жараатты айыктыруучу, орун алмаштыруучу материалдар жана кыйыр эндолимфатикалык антибиотикалык терапия аркылуу дарылоонун клиникалык-эксперименталдык жаңыланган ыкмалары көргөзүлдү.

Негизги сөздөр: ириңдүү жара, термикалык күйүк, жаак сөөгүнүн травматикалык остеомиелити, одонтогендүү гайморит, дарылоо.

TOPICAL ISSUES OF PURULENT MAXILLOFACIAL SURGERY

Bakiyev B. A., Dzhumayev A.T., Urgunaliyev B.K., Lesogorov S.F., Kulnazarov A.S. Kuramayeva U.K. Bakiyev A.B. Muradov R. N., Orozobayev E.B.

Department of surgical dentistry and maxillofacial surgery of KGMA names I.K.Akhunbayev, NH DH KR.

Summary: The developed clinic-experimental innovative ways of treatment are presented is purulent - septic diseases of maxillofacial area and a neck with use of modern anti-septic tanks, wound regenerative, autoreplaceble materials and an indirect endolymphatic antibiotic therapy.

Keywords: purulent wound, thermal burns, traumatic osteomyelitis of maxillary bones, odontogeny antritis, treatment.

Введение.

Лечение ран и раневой инфекции является актуальной проблемой медицины и занимает ведущее место в хирургической практике. В последние десятилетия количество больных с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ) различной этиологии и локализации не проявляют тенденции к уменьшению и составляют от 30 до 35% от всего количества хирургических больных [3,14,15,51]. А воспалительные процессы челюстно-лицевой области (ЧЛО) и шеи составляют 57,5 - 62,4% хирургических больных челюстно-лицевого стационара [22,36]. Высоким остается и удельный вес осложнений гнойно-воспалительных процессов (ГВП) - сепсис, медиастинит, тромбоз синусов, а летальность при острых медиастинитах колеблется от 15,3 до 78,6% [16,21,28,31,36].

Основным принципом в лечении гнойных ран (ГР) является комплексный подход, состоящий из ряда обязательных компонентов: хирургическое дренирование очага гнойной инфекции, антибактериальное, детоксикационное, общеукрепляющее, иммунокорректирующее и симптоматическое лечение. Соответственно, определены основные задачи лечения ГР: 1. быстрое очищение раны; 2. подавление жизнедеятельности раневой микрофлоры; 3. сокращение срока течения фазы регенерации; 4. коррекция нарушений в системе гомеостаза [21,25,38,56].

Традиционное (открытое) лечение ран под повязкой с различными лекарственными препаратами является наиболее распространенным и общепринятым методом в клинической практике. Несмотря на эффективность открытого метода, в большинстве случаев он имеет ряд существенных недостатков, главными из которых является продолжительность лечения, трудность подбора адекватного средства и его малодоступность, а длительное существование обширных ран с резорбцией продуктов патологического метаболизма в ГР, нередко приводят к гнойно-раневому истощению и прогрессированию ГВП [30,52].

В дальнейшем, с учетом существенных недостатков пассивного ведения ран, были усовершенствованы методики, созданы технологические условия для разработки способов активного дренирования ГР и устройства для сближения и разведения краев раны [11,44,46] с последующим ранним наложением первично-отсроченных или первичных швов на рану.

В последние годы во многих областях медицины вновь возрос интерес к возможности клинического применения антимикробных свойств серебра [7,9,10,35,37,39,45]. В доступной литературе имеются немногочисленные публикации по применению препаратов серебра при лечении ГВЗ ЧЛО и шеи [11,39]. Данные о наиболее эффективных концентрациях весьма противоречивы. Большинство исследователей все же придерживаются мнения, что для оказания полимикробного эффекта в водной среде она должна составлять не менее 5-20 мг/л, также обнаружено, что серебряная вода приготовленная электролитическим способом Л.А. Кульского более активна, чем раствор азотнокислого серебра [37]. В последние годы при лечении ГР все большее применение находят препараты и перевязочные средства комплексного воздействия, в том числе, многокомпонентные повязки [22,29]. Аппликационно-сорбционная терапия путем введением различных антибактериальных и биологически активных препаратов непосредственно воздействует на патологический очаг, а также осуществляет профилактику и лечение интоксикации [7,25], оказывает иммунокорректирующее действие [26,36].

Термические поражения кожи представляют собой серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему и занимают третье место в структуре травматизма мирного времени [42]. Анализ результатов местного лечения ожоговых ран показывает, что ни одно из применяемых лекарственных средств не является универсальным. Исследования показали высокую эффективность хитозанового биогеля при лечении ожоговых ран [19, 23,41]. В последние годы в медицинской практике все большее применение находит и гиалуроновая кислота. Она является составной частью препаратов с дезинфицирующим, противовоспалительным и ранозаживляющим действием [6, 33,53,55].

Вопросам современной диагностики, лечения и профилактики одонтогенных гайморитов посвящены многочисленные исследования [3, 16, 24, 40, 54]. Однако, существующие методы лечения одонтогенных гайморитов несовершенны, травматичны и зачастую малоэффективны. Проблематичен вопрос устранения ороантральных перфораций и свищей. Статистические данные показывают, что рецидивы заболевания возникают в 9-50% случаев [12,13,16, 27, 32].

Наиболее частым и серьезным осложнением перелома нижней челюсти является гнойно-

некротический процесс в зоне повреждения челюсти - хронический травматический остеомиелит нижней челюсти (ХТОНЧ). По данным различных авторов, частота его достигает 2,3-30% [1,2,4,8]. В последние годы отмечена тенденция к увеличению частоты заболевания [1,2,4,17]. Повторным операциям подвергаются 73,9 — 80% больных [1,2,4,8].

Таким образом, большинство предложенных современных методов лечения ран с использованием технических средств, требует значительных материальных затрат, недоступных для большинства стационаров. К тому же, введение в рану современных дорогостоящих антисептиков, антибиотиков, ферментов оказывают местно раздражающее, аллергическое действие и не позволяют добиться желаемого результата, вследствие инактивации их раневым субстратом.

Цель исследования – разработка и внедрение в клиническую практику инновационных способов лечения гнойно-септических заболеваний челюстно-лицевой области и шеи с использованием современных антисептиков, ранозаживляющих средств и непрямой эндолимфатической антибиотикотерапии.

Материал и методы

В комплексном лечении 1126 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи были применены новационные и традиционные методы, **в том числе:**

1. Разработана методика сорбционно-апликационного способа местного лечения и раннего закрытия гнойных ран с использованием многокомпонентной биоповязки в составе: СУМС-1, метронидазол, димексид 30% (300 мг/мл), гентамицин 4 мг/мл для 1-й фазы течения ГР и метилурацил во 2-й фазе при поверхностных ГВП. (Патент КР на изобретение №641 от 27.02.04. «Способ лечения гнойных ран челюстно-лицевой области» Шейнман В.Ю., Ковалев В.П., Мурадов Р.Н.) (рис.1-3).

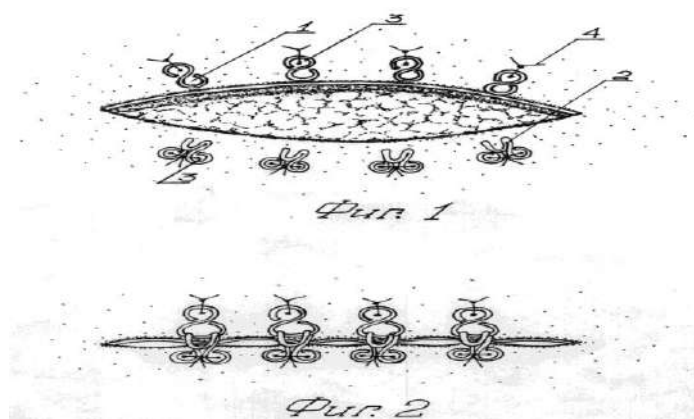


Рис.1. Метод раннего закрытия раны на крючки и петли (схема).



Рис.2. Гранулирующая рана,



Рис. 3. Вид закрытой раны. по периметру установлены крючки и петли.

2. Разработаны и внедрены 2 варианта проточного и проточно-аспирационного методов с возможностью раннего или отсроченного

закрывания краев раны на крючки и петли (уд. на рац.предложение №56/06, №56/07 от 15.12.2006. Авт: Бакиев Б.А., Ургуналиев Б.К., Джумаев А.Т. и др.). Способ осуществляется следующим образом: после вскрытия гнойной раны, ревизии содержимого, туалета раны антисептиками, вводили сквозной перфорированный трубчатый дренаж, затем выполняли прошивание ее краев, отступая на 1-1,5 см с обеих сторон крючками и петлями, производили отсроченное закрытие раны (рис. 2) на крючки и петли, осуществляли проточный или проточно-аспирационный методы орошения. При появлении признаков прогрессирования воспалительного процесса имеется возможность фрагментарного раскрытия раны, антисептической обработки и повторного закрытия раны для динамического контроля за ходом течения раневого процесса (рис.4-8).

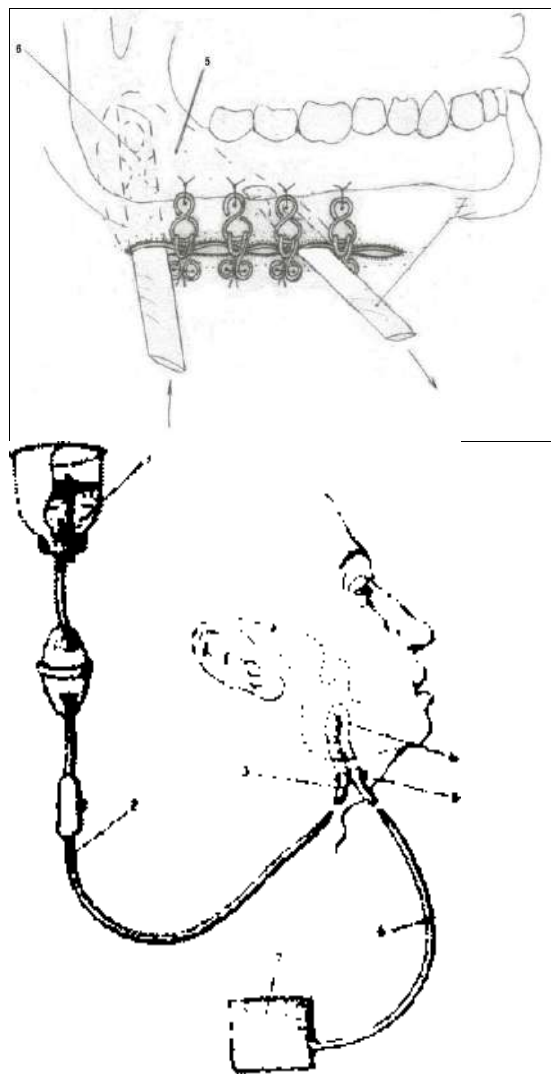


Рис. 4. Закрытый проточный и аспирационно-проточный способы лечения гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи (вид закрытой раны, схема).



Рис. 5. Вид открытой раны больного К.



Рис.6.Наложение крючков и петель по периметру гранулирующей раны больного К.



Рис. 7. Закрытый проточно-аспирационный способ лечения больного К. (вид закрытой раны сбоку).



Рис. 8. Закрытый проточно-аспирационный способ лечения гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи (вид спереди)

В процессе внедрения вышеуказанных способов закрытого лечения нами выявлены его некоторые недостатки: трудоемкость и значительные затраты времени хирурга при изготовлении фигурных скоб и петель из упругой танталовой проволоки, невозможность полноценного закрытия краев раны на ее протяжении, что создает возможность повторного инфицирования, отсутствие эластичного замыкания краев раны.

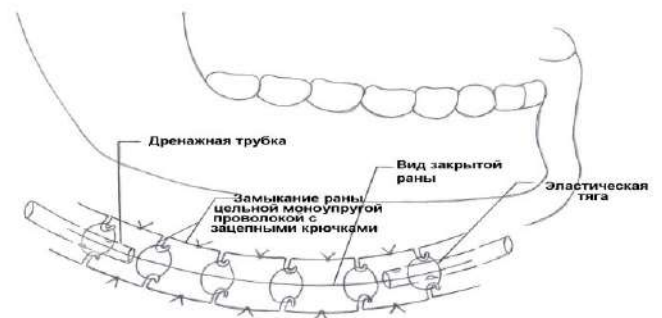
3. В связи с чем, нами найдено оптимальное решение повышения эффективности закрытия ран, обеспечение эластичного замыкания краев раны и исключение повторного нагноения путем закрытия раны на цельную моноупругую танталовую проволоку на эластической тяге (Патент КР № 1162 от 30.06.09г. Способ лечения гнойной раны . Авт: Бакиев Б.А., Насыров В.А). По данным методикам прооперированно 84 больных.

Задача решалась тем, что после вскрытия гнойной раны, ревизии содержимого, туалета раны антисептиками, введения сквозного перфорированного трубчатого дренажа, закрытие раны проводили путем прошивания ее краев отступая на 1-1,5 см с обеих сторон цельной моноупругой танталовой проволокой с зацепными крючками, полное и мягкое соприкосновение краев раны на всем протяжении осуществляли эластичной резиновой тягой на крючках. Это позволяло осуществить полноценное фракционное промывание гнойной полости, при необходимости аспирацию содержимого, контролировать в динамике состояние гнойной полости с фрагментарным или полным ее раскрытием путем снятия резиновых колец, профилактикой и антисептикой возможных повторных осложнений и

осуществить хорошую эпителизацию на всем протяжении с образованием косметического рубца, что очень важно при гнойных процессах (рис. 8-13).



Фиг.1



Фиг.2

Рис.9. Вид открытой и закрытой раны на цельную моноупругую проволоку с зацепными петлями (схема).



Рис.10 Установлена дренажная трубка



Рис.11 По периметру раны фиксированы цельные моноупругие проволоки с зацепными крючками.



Рис. 12. Вид закрытой раны на Рис.



13. Заживление раны. эластическую тягу (отсроченное замыкание - 5 сут.).

После удаления гипертонической турунды через 4-6 часов и сформирования гнойной полости в первой фазе раневого процесса в течение суток (2-3кратно) применялись активные методы лечения (проточный и проточно-аспирационный) путем использования полихлорвиниловых трубок от одноразовой системы для переливания жидкостей раствором комплексона, озонированными растворами, у 28 больных при гнилостно-некротических процессах одновременно применялся аппликационно-сорбционный метод. Закрытие раны у данной категории больных осуществлялось на 3 – 5 сутки при отторжении гнойного или гнилостного субстрата и появления грануляций. Устройства для замыкания ран удаляли на 8-10 сутки. При поверхностных абсцессах и флегмонах применялось раннее (через сутки) замыкание краев раны, а устройства удаляли на 7-8 сутки.

4. Разработано бактерицидное средство для лечения гнойных ран, включающий 20 мг/ л ионизированного раствора серебра и 78

диметилсульфоксид при соотношении компонентов: 1:1, 1:2 или в разведение в зависимости от характера отделяемого раны (Патент КР №1164 от 30.06.09г. Бактерицидное средство для лечения гнойных ран. Бакиев Б.А. Зурдинов А.З., Насыров В.А., Бакиев А.Б.).

5. Применение селективной аппликационно-сорбционной терапии путем иммобилизации на поверхности сорбента СУМС-1 специфических лигандов (комплексон, озонированный раствор, метронидазол, трипсин и др.). В этом случае сорбент, кроме основной функции – абсорбции, выполняет функцию носителя для доставки, дозированного выделения и пролонгации биоактивных лигандов, а также дополнительно выполняет функцию защиты иммобилизованных лигандов от инактивирующих факторов. Кроме того, в таком варианте система сорбент – иммобилизованные биокомпоненты обладает определенной буферной емкостью, то есть, работает как склад - депо, из которого организм по мере необходимости выбирает эти компоненты по мере необходимости для своих нужд в необходимых количествах, риски передозировок при этом снижаются [9].

6. При эндолимфатическом (лимфотропном) методе можно достичь мобилизации и коррекции функций лимфатической системы, которые позволяют: повысить накопление антибиотика в тканях; усилить барьерную функцию лимфатических узлов; блокировать лимфогенную диссеминацию патогенных микробов; осуществить детоксикацию на тканевом уровне; уменьшить общую и (или) регионарную свертываемость лимфы; осуществить экспресс-мобилизацию иммунитета [А.А. Левина с соавт. (1987).

] В качестве лимфостимулятора применяли лидазу, которую растворяли 0,5% раствором новокаина или лидокаина (32 ед.) – 1,0 мл и вводили в области корней лимфатической системы и регионарного коллектора подкожно. Спустя 5 минут через данную иглу вводился низкомолекулярный антибиотик в половинной суточной дозе (линкомицин, гентамицин, цефазолин и т.п.). На место инъекции накладывался полуспиртовый компресс. Длительность эндолимфатической терапии составляла 5-7 дней, и сроки ее определялись состоянием больных. При флегмонах дна полости рта и шеи мы придерживались методики применения лимфотропной терапии в области сосцевидного отростка ниже и латеральнее ее на 1,5см. При этом способе определялось повышение концентрации

введенного антибиотика в 4-6 раз, нежели при традиционном введении в подчелюстных, подподбородочных, поверхностных и глубоких шейных лимфатических узлах и в регионе патологического очага. Наряду с данным методом проводилось общепринятая антибиотикотерапия.

8. Диссертационное работа Курамаевой У.К. была посвящена сравнительным экспериментальным исследованиям на 115 крысах с моделированием термического ожога 3а степени (рац. предложение №36/07 от 13.09.07 Авт: Курамаева У.К.) и лечением с применением хитозана и гиалуроновой кислоты.

9. Разработана методика промывание гайморовой пазухи у 144 больных с одонтогенным гнойным и полипозно-гнойным гайморитом (Рацпредложение № 42/09, выданное Кыргызпатентом от 11.05.2009 Авт.: Лесогоров С.Ф. и соав.). Сущность метода состоит в том, что через ороантральный свищ вводится сконструированный катетер диаметром 0,2см, в конце которого находится баллончик. Для ликвидации воспалительного процесса в пазухе применяли раствор антибиотика «Октенисепт» в разведении 1:6.

У больных 3-й группы - 12 больных с дефектом мягких тканей более 3 мм и дефектом костной ткани более 6 мм нами был усовершенствован метод операции (Рацпредложение №43/09, выд. Кыргызпатентом от 11.05.2009г. Лесогоров С.Ф. и соавт.). Сущность метода состоит в том, что выкраивался трапециевидный лоскут с преддверия полости рта до переходной складки верхней губы по Нейман-Заславскому, после деэпителизации и мобилизации трапециевидного лоскута выкраивался спирально-надкостничный лоскут со стороны неба, языкообразный лоскут и после деэпителизации краев лоскута, перемещали их навстречу. При этом деэпителизованные края соединялись и ушивались. Дубликатура опрокидывалась в области костного дефекта. По краям лоскута преддверия и неба накладывались швы (рис.14-15).

Перед последним этапом пластики – наложением швов – в просвет костного канала, очищенного от всех мягкотканых элементов, помещалась обогащенная тромбоцитами аутоплазма (аутоостеоиндуктивный материал), поверх нее укладывали аутофибриновую мембрану (Способ хирургического лечения одонтогенных верхнечелюстных синуситов с применением функциональных эндоскопических технологий. Патент КР № 1282. - 2010.Авт.: Бакиев Б.А.,

Исламов И.М., Насыров В.А, Лесогоров С.Ф.).

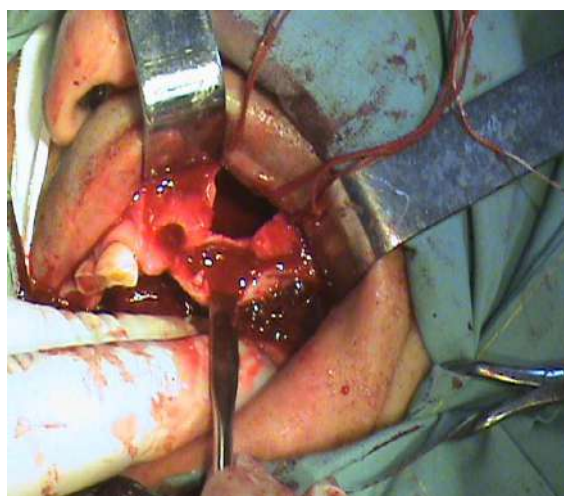


Рис.14. Методика выкраивания



Рис. 15. Лоскуты перемещены и ушиты. встречных лоскутов с преддверия полости рта и неба.

10. Разработаны и внедрены методики секвестрэктомии у 101 больного с хроническим травматическим остеомиелитом нижней челюсти (ХТОНЧ) с использованием остеозамещающих аутоканей. При остаточном костном дефекте 6-12 мм производилось заполнение дефекта обогащенной тромбоцитами аутоплазмой (остеоиндуктивный материал). У больных с дефектом костной ткани более 12 мм полость заполнялась также обогащенной тромбоцитами аутоплазмой и, с учетом значительного дефекта, применяли методику внутрикостно-накостного жесткого остеосинтеза фрагментов нижней челюсти усовершенствованной титановой пластиной Павлова Б.Л. (Рац. предложение №23, выд. Кыргызпатентом от 12.10.2008г. Авт.: Кулназаров А.С. и соавт.) (рис. 16-17).

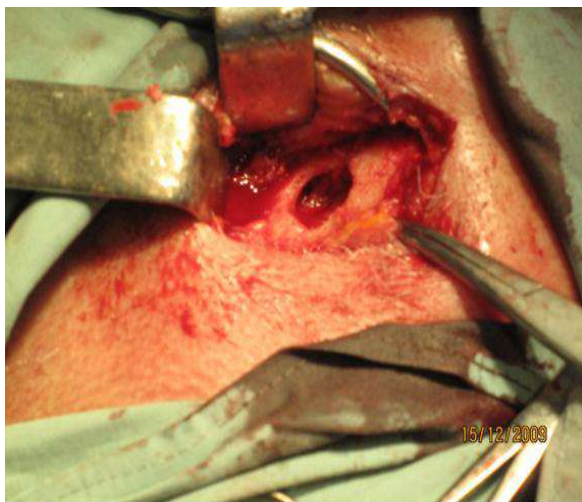


Рис.16. Секвестральная полость

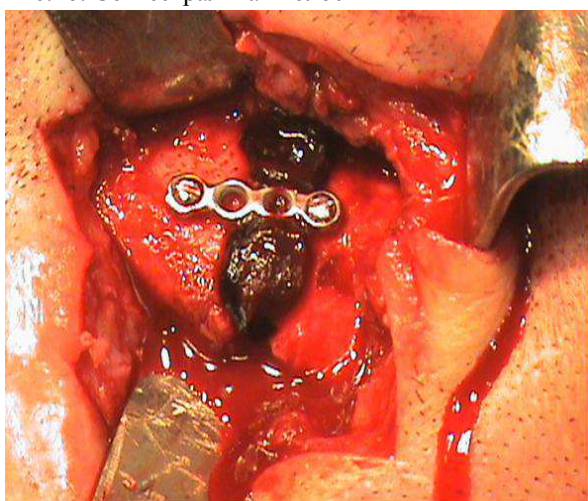


Рис.17. Заполнение костного дефекта аутоплазмой (ОТПК), фиксация пластинки

Результаты и обсуждение

При использовании данных методов в лечении гнойных ран мы обратили внимание, что уже к исходу первых суток, началу вторых от начала лечения гиперемия кожи и отек значительно уменьшались и в среднем к $1,99 \pm 0,13$ суткам воспалительные изменения окружающих тканей почти полностью исчезали, что достоверно отмечалось в скорости очищения ран в сравнении с применением одного из этих препаратов, что указывает на их потенцированное действие. Это положение нашло подтверждение и при исследовании температуры раны. Так, при исходном состоянии различия температуры в ране и температуры тела составляли $2,8 \pm 0,19^\circ$, на 5-е сутки $1,9 \pm 0,07^\circ$, а на 9-е – $0,12 \pm 0,01^\circ$. Анализ цитологического исследования, выполненный на 3, 5, 9 сутки показал снижение нейтрофилов, повышение удельного веса лимфоцитов и на 3-5 сутки появление фибробластов, уменьшение

количества разрушенных клеток. Что же касается кислотности раневого отделяемого, то ее сдвиг в щелочную сторону был отмечен уже на 3, 5 сутки, что указывало на более благоприятное течение раневого процесса. Площадь раневой поверхности уже на 5 сутки уменьшилась на 41,25%, а на 10 сутки она составила $60,80 \text{ мм}^2$, что значительно меньше в сравнении с исходными данными и в сравнении с 5 сутками. Средняя скорость уменьшения раны за сутки в первые 5 дней составляла 11,75%, а в последующие 5 дней индекс заживления составил $13,78 \pm 0,09\%$. Что же касается обсемененности микрофлоры раневой поверхности, то в этой группе уже на 3 сутки достоверно снизилась обсемененность и ни у одного больного ее уровень не был выше критического и определялась лишь монокультура, а на 5 сутки посев роста не дал.

При включении в лечение ожоговых ран хитозана и гиалуроновой кислоты, отмечена благоприятная динамика репаративных процессов с достоверным их доминированием над альтеративно-экссудативным. Наблюдалось быстрое увеличение числа функционально активных фибробластов, более раннее формирование грануляционной ткани, что сокращало сроки заживления. Темп стихания воспалительного и начала репаративного процесса был несколько выше, чем в группах сравнения. Вероятно это связано с тем, что хитозан и гиалуроновая кислота в комплексе обеспечивает проявление двух механизмов - защищают рану от высыхания, создает оптимальные условия для роста грануляций и оказывают регенерирующий эффект посредством выделения биологически активных веществ и факторов роста.

Разработанный комплекс хирургических вмешательств и оптимальных способов пластики ороантральных перфораций и свищей при хронических одонтогенных перфоративных гайморитах с использованием современных методов восстановления мягких и костных тканей позволил добиться выздоровления, уменьшить сроки пребывания больных в стационаре в послеоперационном периоде (в среднем на 2 дня). Средняя продолжительность стационарного лечения пациентов основной группы составила $9 \pm 0,7$ койко-дней, в то время как в контрольной группе – $14 \pm 1,2$ койко-дней.

Средняя продолжительность стационарного лечения пациентов с ХТОНЧ основной группы составила $6,1 \pm 0,12$ койко-дней, в то время как в контрольной группе - $8,1 \pm 0,18$ койко-дней. Из 101-

х выписанных больных основной группы с ХТОНЧ прослежена судьба 83 (82,1%) больных, из 70 больных контрольной группы - у 30 больных - (42,8%). В отдаленные сроки из 83 обследованных в основной группе отличные и хорошие результаты отмечены у 70 больных (84,3%), удовлетворительные - у 12 (14,5%) и неудовлетворительные - у одного (1,2%), в контрольной группе отличные и хорошие результаты - у 15 больных (50,1%), удовлетворительные - у 7 (23,3%), неудовлетворительные - у 8 больных (26,6%).

Таким образом, выполненные за последние 5 лет клинично-экспериментальные исследования сотрудниками клиники челюстно-лицевой хирургии показали целесообразность, высокую эффективность применения разработанных инновационных технологий в лечении гнойных заболеваний различного генеза и завершились успешной защитой одной докторской (Бакиев Б.А.) и 4 (Ургуналиев Б.К., Лесогоров С.Ф., Курамаева У.К., Кулназаров А.С.) кандидатских диссертаций.

Выводы:

1. Комплексное использование сорбента СУМС-1 с иммобилизованным на нем комплексом, антибиотиками, ферментами, озонированными растворами в сочетании с эндолимфатической антибиотикотерапией потенцируют друг друга и усиливают механизм их влияния на раневой процесс, обеспечивают в более короткие сроки переход I фазы раневого процесса во вторую, сокращают сроки заживления.
2. Раннее или отсроченное закрытие гнойной раны позволяют осуществлять динамический контроль за заживлением раны с формированием линейного рубца в период стационарного лечения.
3. Хитозан и гиалуроновая кислота стимулируют физиологические репарационные процессы и ангиогенез, направляют фиброгенез по органотипическому пути. Они служат основой, на которой организуется нормальная тканевая архитектура, что делает эти препараты необходимым компонентом ранней терапии термических повреждений кожи в клинике.
4. Применение разработанных способов хирургического лечения больных хроническим одонтогенным перфоративным гайморитом приводит к восстановлению функции носового дыхания, аэрации пазухи, а так же к значительному уменьшению количества рецидивов ороантральных свищей.
5. Радикальная секвестрэктомия с пластикой

остаточной костной полости аутоплазменной мембраной позволила уменьшить количество рецидивов с 26,6% до 1,2%, добиться хороших у 84,3% и удовлетворительных результатов у 14,5% больных.

Список использованных источников:

1. Абаев Ю.К. Фетальный остеомиелит //Вестник хирургии.- 2008.- Т. 167, № 4.- С. 56-60.
2. Абаев Ю.К., Швед И.А., Клецкий С.К. Подострый и первично-хронический остеомиелит в детском возрасте // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2005. -Т. 164, № 4. - С. 54-57.
3. Агапов В.С., Пиминова И.А. Оценка результатов местного применения перфторана в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами лица и шеи. //Стоматология. – 2006. - №5. – С.32-35.
4. Адамалиев К.А. Костная пластика при хроническом гематогенном остеомиелите у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1979.- 32 с.
5. Азимов М., Ермакова Ф.Б. Роль очаговой одонтогенной инфекции в патогенезе гайморита. // Стоматология. -1978. -№1. -С. 11-14.
6. Азнабаев М.Т., Имаева А.Р., Башкатов С.А. и др. Противовоспалительная активность гиалуроновой кислоты //Экспериментальная и клиническая фармакология. - 2003. - Т. 66. - №5. - С. 28 - 29.
7. Айманова О.Я., Левченко Л.В., Шустикова Е.С. и др. Влияние ионов серебра и меди на микробиологическую активность аморфного фосфата кальция, содержащего моно – и дифосфат / Мат. междунаод. науч. практ. конф. «Проблемы современной стоматологии Казахстана» Сб. научн. работ. – Ч.II. – Алматы. – 2004. – С. 320- 321.
8. Айталиев Д.Э., Сабырбеков Б.А., Кыдыбаева А.У. Хирургическое лечение хронического остеомиелита // Центрально-Азиатский медицинский журнал.-2003,-Т. IX (прил. 1).-С. 19-21.
9. Асанов Б.М., Бейсембаев А.А. Замещение костных полостей сорбционными имплантатами. Проблемы лимфологии и интерстициального масспереноса. Труды ГУ НИИК и ЭЛ СО РАМН. – Новосибирск. – 2004. – Т.10. – Ч.I. – 312 с.
10. Афиногенов Г.Е., Еропкина Е.М., Иванцова Т.М. и др. Функциональные антимикробные системы для профилактики раневой инфекции /Тез. докл. междунаод. конф. –М. – 1993. – Ч.II. – С.219-220.
11. Бажанов Н.Н., Козлов В.А., Робустова Т.Г. и др. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области //Стоматология. – 1997. - №2. – С.15-19.
12. Бернадский Ю.И., Заславский Н.И. Одонтогенные гаймориты. М., 1968.-145с.
13. Богатов А.И. Способ лечения хронического одонтогенного перфоративного гайморита. / Авторское свидетельство СССР №1041098.-М.: 1995.
14. Бородин Ю.И. Труфакин В.А., Любарский М.С. и др. Сорбционно-лимфатический дренаж в гнойно-септической хирургии. – Бишкек, Новосибирск.– «Илим». - 1993. - 346 с.
15. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. - М.: «Медицина». - 1996. -С. 18-25.
16. Губин М.А., Чирко Е.И., Харитонов Ю.М. Диагностика и лечение одонтогенного медиастинита. // Вест. Хирургии. – 1996. - №3. – С.12-15.

17. Гуманенко Е.К., Бояринцев В.В., Супрун Т.Ю. Методология объективной оценки тяжести травм. // Вестн. хир. - 1997. - № 4. - С. 22-26.
18. Державин А.Е., Турганинов Р.О., Озарянская Н.М. Проблемы и перспективы клинического применения препаратов серебра//Врачебное дело. - 1987. - №8. - С.114-119.
19. Жоголев К.Д., Никитин В.Ю., Буланьков Ю.И. Изучение влияния препаратов хитина и хитозана на течение раневого процесса //Актуальные проблемы гнойно-септических инфекций. - СПб., 1996. - С. 36- 37.
20. Измайлов Г.А., Ахметзянов Ш.И., Измайлов С.Г. Устройство для сближения краев раны // Изобретательство и рационализация в медицине. М.,1987.- с.156-159.
21. Карандашов В.И. Патогенез, клиника и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний лица и шеи. Автореф. дис.... д-ра. мед. наук. – М., 1998. – 33 с.
22. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) под ред. А.Г. Шаргородского. -М.: ГЭОТАР- МЕД. - 2002. - 528с.
23. Корягин А.С., Ерофеева Е.А., Якимова Н.О. и др. Анализ антиоксидантных свойств хитозана и его мономеров //Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. - 2006. - Т. №10. - С. 444 - 446.
24. Кручинский Г.В., Филиппенко В.И. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Минск 1991.-123с.
25. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция.– М., Медицина. -1990. -592 с.
26. Кульский А.Н. Серебряная вода. – Киев. – Наукова Думка. – 1982.- 157 с.
27. Лазарев А.И., Честникова С.Э., Бочарова И.Г. Оперативное лечение перфоративных одонтогенных верхнечелюстных синуситов // Сб. тр. 72-й науч. конф. КГМУ и сессии Центрально-Чернозем. науч. центра РАМН: в 3 т. – Курск: КГМУ, 2007. - Т.2.- С.317-320.
28. Левенец А.А., Чукунов А.А. Одонтогенная флегмона челюстно-лицевой области. //Стоматология. – 2006. - №3. – С.27-29.
29. Левин Ю.М., Буянов В.М., Данилов К.Ю. и др. Лимфотропная антибиотикотерапия // Хирургия. – 1987.- №3. – С. 72-75.
30. Любарский М.С. и др. Сочетанная лимфотропная и сорбционная терапия гнойных ран. – Бишкек – Новосибирск: Илим. -1995. – 134 с.
31. Мамакеев М.М., Сопуев А.А., Омурзаков М.Б. Применение антибиотиков в профилактике послеоперационных раневых осложнений //Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике. – Бишкек, 1998. – С. 683-686.
32. Мануйлов Е.Н., Щечкин В.Н., Цигурова Г.Н. Лечение и профилактика хронических одонтогенных гайморитов, осложненных перфорацией (свищем). //Вестник оторинолар.- 1967.-№3.-С.66-70.
33. Матчин Е.Н., Потапов В.Л., Строителев В.В., Федорищев И.А. Гиалуриновая кислота в лечении ран и ожогов //Русский медицинский журнал. -2002. - №11. - С. 21 - 25.
34. Павлов В.В., Плешаков В.П., Майборodin И.В. Осложнения сорбционно-аппликационной терапии гнойных ран //Хирургия. – 1999. -№1. - С. 12-13
35. Рачковская Л.Н., Бурмистров В.А., Кривошеев Б.К. и др. Опыт применения серебросодержащей пудры – сорбента СИАЛ-С. Мат. 4-й Чуйской междунар. научн. практ. конф. – Бишкек. – 1998. – С. 120-121.
36. Робустова Т.Г. Динамика частоты и тяжести одонтогенных заболеваний за 50 лет(1955-2004) //Стоматология. - 2007. - №3. - С. 63-66.
37. Савадян Э.Ш., Казакова Е.Б., Епиванцева Е.Н. Клиническое использование деминерализованного костного матрикса, обработанного нитратом серебра //Ортодонтия, травматология и протезирование. – Киев – 1990. - вып.20. – С. 8-10.
38. Сопуев А.А. Местная сорбционно-дегидратационная терапия гнойных ран. – Бишкек. – 1998. – 272 с.
39. Сысолятин П.Г., Железный Н.А. Применение растворов аммиачного серебра в комплексном лечении тяжелых воспалительных процессов челюстно-лицевой области //Актуальные вопросы организации, диагностики, лечения и профилактики в стоматологии. Тез. докл. IX. Обл. конф. стоматологов Кемеровской области. – Кемерово. – 1980. – С. 117-119.
40. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии: Учебное пособие. - М.: 2007.-696с.
41. Толстикова Т.Г., Воевода Т. В., Масычева В. И. и др. Модифицированный хитозан, как стимулятор репаративной регенерации кожи //Доклады академии наук. - 1996. - Т. 350. - №4. -С. 557-559.
42. Фисталь Э.Я., Козинец Г.П., Самойленко Г.Е. и др. Комбустиология. – Донецк.-2006.-236с.
43. Шейнман В.Ю., Ковалев А.П., Мурадов Р.Н. Способ лечения гнойных ран / Бюллетень интеллектуальной собственности, Бишкек.-2004.-№3.- С-16. Мурадов Р.Н., Бакиев Б.А., Бейшеналиев А.С. Влияние многокомпонентной биоповязки адсорбированной на СУМС-1 на течение раневого процесса при закрытом способе лечения у больных с поверхностными флегмонами челюстно-лицевой области // Здравоохранение Кыргызстана. - 2009, №4.- С. 157-165.
44. Юсупов Ю.Н., Епифанов М.В., Данилин В.Н. Программированное орошение и дренирование в лечение больных с местной гнойной инфекцией мягких тканей // Вестник хир. – 2000. - № 2. – С. 57-60.
45. Deitch E.A., Marino A.A. Gillespie Silver – nylon: a new antimicrobial agent// Antimicr. Agents and Chemoter. - 1983. - №3. - P.356-359.
46. Farrington M. Infection and surgeon //Surgery. International edition. – 1988. – Vol.1. – P. 1290-1296.
47. Fernandez C N R Merina Diaz R Serrano del C Minimal inhibitory and bactericidal concentrations of some antiseptics and disinfectans against strains of hospital origin|| Rev-Latinoam-Mikrobiol. – 1992. - №1. – P. 1-6
48. Garder M.L.G., Steffens K.J. Absorbition of orally administered enzymes. /Springer – Verlag, Berlin, Heideneberg, New York. 1996. – 96 p.
49. Marcacci M., Berruto M., Brocchetta D. et al. Articular cartilage engineering with Hyalograft C: 3-year clinical results //Clin. Orthop. Relat. Res. - 2005. - №435. - P. 96 - 105.
50. Ramadan H.H. Owens R. Diagnosis and management of sinusitis in children //Otolaryng. Head and Neck Surg. -1998. - Vol.119.- P.381-384.
51. Sato K. Expression and distribution of CD44 and hyaluronic acid in human vocal fold mucosa /K. Sato, K. Sakamoto, T. Nakashima //Ann. Oto. Rhinol. Laryngol. - 2006. - №10. - P. 741 - 748.
52. Wood G.R. Zisra T. Morgenstern E. Sequential effects of an oral enzyme combination with rutosid in different in vitro and in vivo models of inflammation // Jnt. J. Immunotherapy. – 1997. – Vol.13. - №3-4. - P.139-145.

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ СИММЕТРИЧНОЙ НИЖНЕЙ
МИКРОГНАТИЕЙ**

Кенбаев В. О., Супиев Т.К., Кожабеков Е.М.
Международный Казахско-Турецкий университет
им. Х.А.Ясави и Казахский национальный
медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова
г.г. Туркестан, Алматы, Республика Казахстан

Резюме. Проведено комплексное обследование и лечение 20 больных в возрасте 19-43 лет симметричной нижней микрогнатией. Изучали клинику, проводили анализ моделей челюстей, выполняли рентгенологические исследования. Изучали суммарную и стимуляционную электромиографию, реографическим методом определяли кровоснабжение тканей подбородочной области. Получен стойкий функциональный и косметический эффект после проведенного комплексного лечения пациентов с нижней симметричной микрогнатией.

Ключевые слова. деформация лицевого скелета, нижняя микрогнатия, имплантат, гениопластика.

**СИММЕТРИЯЛЫК ТӨМӨНКҮ
МИКРОГНАТИЯ ООРУСУ МЕНЕН
ООРУГАНДАРДЫ ДАРЫЛООНУН
ХИРУРГИЯЛЫК МЕТОДДОРУ**

Кенбаев В. О., Супиев Т.К., Кожабеков Е.М.
Х.А.Ясави атындагы Эл аралык Казах-Түрк
университети, С.Д. Асфендияров атындагы Казак
улуттук медициналык университети Түркестан
шаары, Алматы шаары, Казахстан

Корутунду. Симметриялык төмөнкү микрогнатия оорусу менен ооруган 19-43 жаштардагы 20 оорулуга комплекстүү текшерүү жана дарылоо жүргүзүлдү. Клиникасы изилденди, жаак моделине анализ өткөрүлдү, рентгенологиялык изилдөө аткарылды. Суммардык жана стимуляциялык электромиографиясы изилденди, реографиялык метод аркылуу ээктин кан менен камсыздоочу ткандары аныкталды. Төмөнкү симметриялык микрогнатия оорусу менен ооруган бейтаптарды комплекстүү дарылоодон өткөргөндөн кийин туруктуу функционалдык жана косметикалык натыйжа алынды.

Негизги сөздөр: бет сөөгүнүн деформациясы, төмөнкү микрогнатия, имплантат, гениопластика.

**SURGICAL TREATMENT METHODS OF
PATIENTS WITH SIMMETRICAL
MANDIBULAR MICROGNATHIA**

Kenbayev V. O., Supiev T.K., Kozhabekov E.M.
International Kazakh-Turkish University named by
H.A.Yassavi and Kazakh National Medical University
named by S.D Asfendiyarov, Turkestan, Almaty city,
Republic of Kazakhstan.

Summary. In 20 patients (aged 19 to 43 years) with symmetrical mandibular micrognathia the authors made the following research: studied clinical parameters, made roentgenological examinations, performed total and stimulatory electro-myography, studied blood supply to mental tissues by rheography method.

Teleroentgenography and clinical examination yielded the most informative data about the morphology of the deformation. The proposed methods of treatment make it possible to achieve good results. A sustained functional and cosmetic effect has been received after the complex treatment of patients with lower symmetric micrognathia.

Key words: deformation of facial skeleton, lower micrognathia, implant, mentoplasty.

Актуальность проблемы. Реабилитация пациентов с деформациями зубочелюстной системы, когда рост лицевого черепа фактически завершается, является наиболее сложной проблемой челюстно-лицевой хирургии и ортодонтии. В этот период добиться увеличения или замедления роста челюстных костей ортодонтическими методами лечения трудно или невозможно. Больные с аномалиями лицевого черепа и деформациями зубочелюстной системы в первую очередь отмечают эстетические нарушения, которые нередко приводят к развитию вторичных психических реакций. Вовремя проведенное эффективное хирургическое лечение позволяет добиться полной психосоциальной реабилитации таких больных [1].

Описаны множество методов хирургического лечения нижней микрогнатии [2,3,4]. Однако хирургические методы не всегда позволяют полностью устранить деформацию и добиться хороших функциональных и косметических результатов у пациентов. Поэтому необходим комплексный подход в лечении пациентов с аномалиями лицевого черепа и деформациями зубочелюстной системы привлечением ряда специалистов, основанный на сугубо индивидуальной оценке

имеющейся в каждом случае патологии костной системы.

Цель – выбор методов хирургического вмешательства и изучение результатов комплексного лечения пациентов с нижней микрогнатией.

Материал и методы исследований. В клинике хирургической стоматологии нами проведено комплексное обследование и лечение 20 больных в возрасте 19-43 лет симметричной нижней микрогнатией. Изучали клинику, проводили анализ моделей челюстей, выполняли рентгенологические исследования. Изучали суммарную и стимуляционную электромиографию на электромиографе фирмы «Медикор» (Венгрия), реографическим методом определяли кровоснабжение тканей подбородочной области.

Результаты исследований. В своей работе пользовались классификацией аномалий лицевого черепа и деформаций зубочелюстной системы по В. М. Безрукова [1]. При нижней симметричной микрогнатии отмечалось уменьшение размеров нижней челюсти в трех взаимно перпендикулярных плоскостях различной степени.

При внешнем осмотре в фас лицо было удлинено, имело конусообразную форму, верхняя и средняя треть лица его нормальные. Отмечалось увеличение или укорочение нижней трети лица, углы нижней челюсти уменьшены.

Нижняя губа западала. При осмотре в профиль нос выступал вперед, носогубной угол был более тупым. Наблюдалось уменьшение высоты нижней трети лица и скошенность подбородка (рис. 1 а,б). Губо-подбородочный угол не выражен. Мягкие ткани подбородка смещены назад. Расстояние между подъязычной костью и подбородком было резко уменьшено, шейно-подбородочный угол менее выражен.



А В

Рисунок 1 - Внешний вид больного с симметричной микрогнатией в профиль: а – справа, в - слева.

Пациенту проведено цефалометрическое исследование и ортопантомография челюстных костей, результаты которых показали следующее. Размеры челюстей и показатели MT_2 были уменьшены, что свидетельствует о значительном укорочении тела и ветви нижней челюсти. Высота лица в задних отделах уменьшена, изменилась величина углов SNB и ANB , которые характеризовали положение нижней челюсти по отношению к основанию черепа и взаимное расположение челюстей соответственно, гениальный угол увеличен. Эти изменения четко прослеживаются на ортопантограмме (рис. 2).

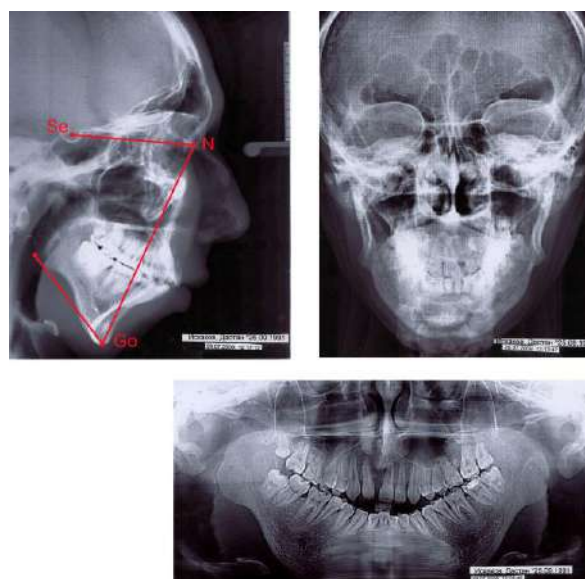


Рисунок 2 – Показатели цефалометрии и ортопантомографии челюстных костей.

При осмотре полости рта пациента установлено сужение зубной дуги верхней челюсти, небо имело готическую форму. Альвеолярный отросток в области фронтальных зубов нижней челюсти был значительно выше, чем в области боковых зубов, которые упирались в десну верхней челюсти, что вызывало образование пролежней. Сагиттальная щель составляла у пациентов от 2 до 12 мм. Отмечалась скученность зубов во фронтальном отделе нижней челюсти. Деформация нижней челюсти сопровождалась как глубоким, так и открытым прикусом.

Проведено хирургическое лечение 20 больным симметричной нижней микрогнатией. Из них у 8 был адаптированный прикус, у 2 - прогнатическое соотношение зубных рядов и глубокий прикус, у 5 - сочетанная деформация челюстей (верхняя прогнатия, прогнатическое соотношение зубных рядов, нижняя симметричная микрогнатия) и у 5 -

симметричная нижняя микрогнатия, двусторонний остеоартроз височно-нижнечелюстных суставов, прогнатическое соотношение зубных рядов и открытый прикус.

Выбор метода лечения зависело от клинической ситуации.

В первую группу вошли больные с симметричной нижней микрогнатией, микрогенией и адаптированным прикусом (у 11), которым проводили контурную пластику силиконовым имплантатом без увеличения вертикальных размеров подбородка,

Больным второй группы, где требовалось увеличение размеров нижней челюсти, применяли модифицированную методику ступенчатой гениопластики (у 4).

Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом, проводимым по стандартной схеме. С учетом правил асептики и антисептики осуществлялись наружный и внутриротовой разрезы в области преддверия ротовой полости, операционные доступы к нижней челюсти были длиной 2,5–4,0 см в зависимости от размеров предполагаемого участка кости для взятия трансплантата. После отслоения мягких тканей скелетировалась передняя поверхность подбородочного отдела, тела нижней челюсти и нижний край челюсти таким образом, чтобы подготовленное ложе для костного трансплантата было на 0,5–1,0 см больше намеченных размеров кости.

Особое внимание уделяется местам выхода нижнечелюстных нервно-сосудистых пучков, которые осторожно мобилизуются на 1-2 мм. При моделировании трансплантата с учетом топографии нижней челюсти формируется на кости специальные вырезки для нервно-сосудистых пучков для предотвращения развития болевого синдрома вследствие травмы нерва.

После завершения подготовительных работ, трансплантат вынимался из стерильного физиологического раствора и помещался на костное ложе. При качественной отслойке надкостницы эта манипуляция проводилась без усилий, фиксируясь на поверхности кости в достаточно стабильном положении. Тщательно проверялось положение концевых отделов трансплантата во избежание их подворачивания. При необходимости накладывались фиксирующие швы по средней линии из рассасывающейся нити. Затем послойно ушивались мягкие ткани в области нижней челюсти. Заключительным этапом операции являлось наложение на

послеоперационную рану формирующей повязки из поролона. При этом создавались условия для улучшения питания остеотомированного фрагмента за счет мягкотканной питающей ножки с внутренней стороны и нижнего края нижней челюсти.

В третью группу вошли больные с симметричной нижней микрогнатией в сочетании с остеоартрозом височно-нижнечелюстных суставов, глубоким или открытым прикусом (у 5). В таких случаях мы использовали методику костной пластики, разработанную профессором Курашевым А.Г.[5] (рис. 3). Для этого внутриротовым или наружным доступом скелетировали подбородочный отдел нижней челюсти с наружной стороны до места прикрепления *m. masseter*. Производили сквозную остеотомию подбородочного отдела до ментального отверстия с обеих сторон. Далее осуществляли остеотомию наружной кортикальной пластины тела нижней челюсти ниже проекции нижнечелюстного канала до места прикрепления *m. masseter*, в конце которой формировали треугольный выступ. Остеотомию наружной кортикальной пластины продолжали вниз, далее по нижнему краю челюсти до уровня сквозного распила подбородка.



Рисунок 3 - Методика костной пластики по Курашеву А.Г.

По внутренней поверхности кортикальной пластины концы сквозных распилов с обеих сторон соединяли с наружной и освобождали подбородочный отдел от наружной кортикальной пластинки. При этом мышцы не отслаивали с целью сохранения кровоснабжения остеотомированного костного фрагмента. Далее остеотомированный костный фрагмент на мышечной ножке перемещали вперед до нужного расстояния и получения нормального очертания нижней зоны лица. После установления остеотомированного костного фрагмента в правильное положение, треугольные выступы на конце наружной пластины закрепляются в виде

замка на созданный и фиксировали костными швами с обеих сторон (рис. 4).

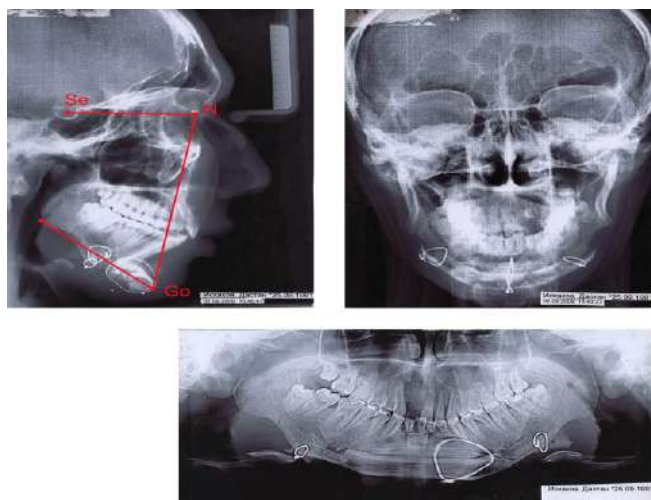


Рисунок 4 - Соотношение верхней и нижней челюсти после гениопластики по поводу симметричной микрогнатии.

Результаты лечения больных с симметричной нижней микрогнатией подтвердили эффективность разработанного метода лечения, позволяющего увеличить размеры нижней зоны лица, получить оптимальные косметические и функциональные результаты (рис. 5).



Рисунок 5. Внешний вид больного после оперативного лечения по поводу симметричной микрогнатии

Включение в комплексное лечение больных с симметричной нижней микрогнатией применение ретенционных аппаратов обеспечивают хороший бугорно-фиссурный контакт между зубами верхней и нижней челюстей, увеличивают высоту нижней зоны лица.

Обсуждение. Предложенные методы операций предупреждают нарушение кровоснабжения подбородочного отдела челюсти за счет растяжения мягких тканей. Об этом свидетельствуют данные суммарной электромиографии. Если до операции отмечалось значительное напряжение

подбородочной мышцы в покое и при смыкании губ, то через месяц после операции при смыкании губ и жевании биоэлектрическая активность подбородочной мышцы почти полностью отсутствовала. Через 3 месяца показатели суммарной и стимуляционной электромиографии приближались к показателям, полученным до операции. Подбородочная мышца функционировала активно при смыкании губ и жевании, однако амплитуда электромиографии была ниже, а круговой мышцы рта активнее, чем до операции. При оценке отдаленных результатов установлено, что амплитуда электромиографа у этих больных индивидуально варьирует от 3,5 до 4,7, что соответствует дооперационному уровню.

Реографическими исследованиями установлено, что через 6-12 месяцев после операции у всех больных можно отметить снижение ОСК в подбородочном отделе нижней челюсти, что, по-видимому, связано с образованием рубцовых тканей в этой области. К концу первого года после операции величина кровотока в мягких тканях в области нижней челюсти приближалась исходной. При изучении отдаленных результатов лечения после операции (3 года), у всех обследованных признаки рецидив заболевания не выявлены. Получен стойкий функциональный и косметический эффект после проведенного комплексного лечения пациентов с нижней симметричной микрогнатией.

Выводы:

1. При симметричной нижней микрогнатии в зависимости от клинической ситуации рекомендуются использование следующих методов хирургического лечения: контурная пластика силиконовым имплантатом без увеличения вертикальных размеров подбородка, модифицированная методика ступенчатой гениопластики и костная пластика по методу Курашева А.Г.
2. Моделировании трансплантата с учетом топографии нижней челюсти и нижнечелюстного нервно-сосудистого пучка предотвращает развитие болевого синдрома вследствие травмы нерва, что доказано электромиографическими и реографическими исследованиями в отдаленные сроки.

Литература

1. Безруков В. М., Гунько В.И. Хирургическое лечение аномалий и деформаций челюстей / Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии // Под ред. В.М.Безрукова и Т.Г.Робустовой. – М.: Медицина, 2000. – Т.2. – С. 246 – 276.

2. Каламкарров Х. А., Рабухина Н.А., Безруков В.М. Деформации лицевого скелета. - М.: Медицина, 1981. - 239 с.
3. Курашев А.Г. Гениопластика при симметричной микрогении // Вопросы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Алматы, 1996. – С. 153-156.
4. Сукачев В.А. Атлас реконструктивных операций на челюстях М.: Медицина, 1984. – 118 с.
5. Топольницкий О.З., Фабелинская И.В. Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения врожденных и приобретенных деформаций челюстей // V Международный симпозиум «Актуальные вопросы черепно-челюстно-лицевой хирургии и нейропатологии». – М., 2005. - С. 94.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОСТИ НОВОГО КАЗАХСТАНСКОГО ФИТОПРЕПАРАТА - «ЛИМОНИДИН»

Борзилов К.В.

Алматинский стоматологический институт
последипломного обучения, Республика Казахстан,
г. Алматы

*В статье представлены результаты экспериментального изучения стабильности настойки «Лимонидин», полученной из корней и корневищ кермека Гмелина (*Limonium gmelinii*), для установления срока и условий его хранения в процессе реализации.*

ЖАНЫ КАЗАКСТАН ФИТОПРЕПАРАТЫ «ЛИМОНИДИН» ДИН СТАБИЛЬДУУЛУГУН ИЗИЛДООЛОРДУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

Борзилов К.В.

Дипломдон кийинки окуу Алматы
стоматологиялык институту, Казахстан

*Макалада Гмелин кермеки (*Limonium gmelinii*) тамырынан жасалган, «Лимонидин» дарысынын таратыш кезиндеги сактоо убактысы жана сакташ тартибин аныктоо учун эксперименталдуу стабильдуулугу изилденген.*

RESULTS OF STABILITY INVESTIGATION OF NEW KAZAKHSTAN PHYTO PREPARATION “LYMONIDIN”

K.V. Borzilov

Almaty Stomatological Institute for Postgraduate
education. Kazakhstan

*Article presents results of the Experimental stability investigation of “Lymonidin” preparation, received from radix (roots) of *Limonium gmelinii*, for*

establishing of terms and conditions of storage during realization.

Казахский национальный университет им.Аль-Фараби является лидером в разработке и изучению химического состава промышленно значимых казахстанских растений рода *Limonium* Mill и создание на их основе высокоэффективных препаратов для медицины и сельского хозяйства. В частности, на кафедре органической химии и химии природных соединений химического факультета создан оригинальный фитопрепарат – настойка «Лимонидин», который зарегистрирован и разрешен к применению в медицинской практике на территории Республики Казахстан (РК-ЛС-3-№010142). Комплекс биологически активных веществ (БАВ), входящих в состав лекарственного препарата, обладает выраженным противовоспалительным, противовирусным, антимикробным, антиоксидантным и антимуtagenным действиями, что предполагает его использование в стоматологической практике и челюстно-лицевой хирургии для лечения гнойных заболеваний лица.

Целью исследования являлось экспериментальное изучение стабильности настойки «Лимонидин», полученной из корней и корневищ кермека Гмелина (*Limonium gmelinii*), для установления срока и условий его хранения в процессе реализации.

Для решения поставленной цели под руководством доктора биологических наук Г.Е. Жусуповой изучали настойку «Лимонидин» на трех опытно-промышленных сериях, полученных в АО «Химфарм» (г. Шымкент). Испытания лекарственного препарата проводили в товарной упаковке: первичная упаковка – флаконы из темной стекломассы с винтовой горловиной, укупоренные металлическими колпачками с контрольным кольцом, вторичная упаковка – пачки из картона гофрированного.

Исследование стабильности препарата проводили в реальном времени методом долгосрочных их испытаний, так как термолабильные лекарственные препараты природного происхождения не подвергаются испытаниям методом ускоренного старения. Условия проведения долгосрочных испытаний максимально приближены к предполагаемым условиям хранения лекарственного средства в сети распределения: температура хранения (30±2) °С, относительная влажность (60±5) %.

При исследовании стабильности опытно-

промышленных серий настойки изучали следующие показатели качества: описание, подлинность, сухой остаток, плотность, спирт этиловый, тяжелые металлы и количественное определение. Периодичность контроля образцов составляла: 0, 6, 12, 18, 24, 30 и 36 месяцев, что позволило подтвердить устойчивость готового продукта во времени.

На протяжении всего эксперимента настойка «Лимонидин» представляла собой прозрачную жидкость буровато-коричневого цвета со специфическим запахом, выдерживала испытания на подлинность, тяжелые металлы и извлекаемый объем. На рисунке 1 представлены результаты стабильности препарата по показателю «Сухой остаток». Полученные значения укладываются в регламентируемые нормы (не менее 1,5 %) и находятся в пределах от 2,19 до 2,26 %.

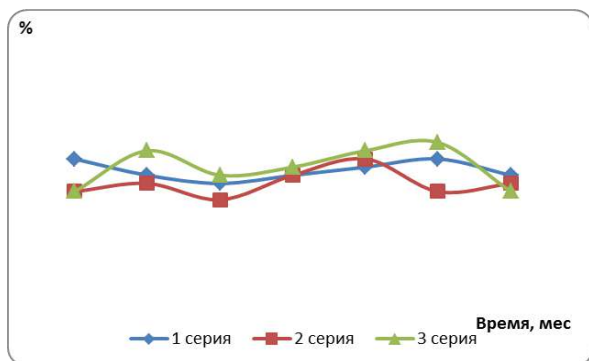


Рисунок 1 – Значения показателя «Сухой остаток»

Изучение показателя «Плотность» во времени свидетельствует о незначительном колебании результатов анализа, составляющем менее 1,5%, при этом результаты не превышают регламентируемую норму – 0,91 г/см³ (рис. 2).

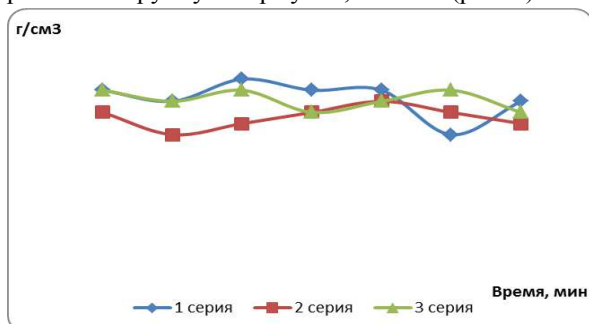


Рисунок 2 – Значения показателя «Плотность»

Содержание спирта этилового в настойке составило около 68% при регламентируемой норме его содержания не менее 65%, отклонение значений – не более 0,5% (рис. 3).

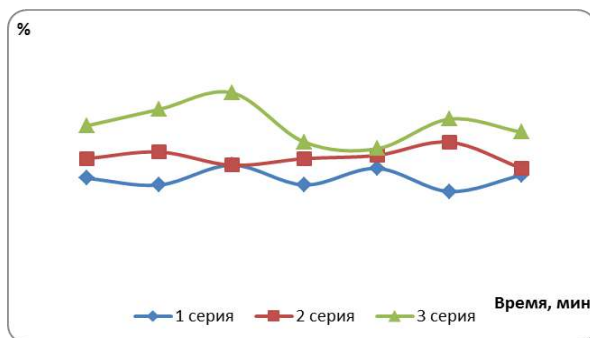


Рисунок 3 – Значения показателя «Спирт этиловый»

Содержание дубильных веществ ведется в пересчете на танин и составляет около 2,25% при норме – не менее 1,7% и изменения значений в течение всего срока хранения (3 года) составляет менее 0,5% от экспериментально установленного значения (рис. 4).

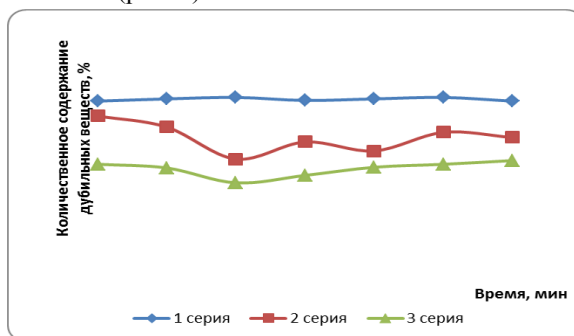


Рисунок 4 – Значения показателя «Количественное содержание»

Установлено, что в течение всего срока хранения в стандартных условиях лекарственный препарат «Лимонидин», помещенный в первичную и вторичную упаковки, характеризуется постоянством состава во времени, а его качественные и количественные характеристики находятся в пределах регламентируемых норм. Упаковка обеспечивает надежную защиту препарата от внешних воздействий.

Результаты исследования стабильности свидетельствуют об оптимально отработанной технологии получения настойки «Лимонидин». Рассмотренные данные свидетельствуют об индифферентности экстрагента, так как он не оказывает неблагоприятного влияния на структуру экстрактивных веществ и тем самым способствует надлежащему проявлению терапевтического эффекта лекарственного средства. Экстрагент в препарате одновременно выполняет функции стабилизатора и консерванта.

На основании проведенных исследований можно заключить, что лекарственный препарат

«Лимонидин» в форме настойки стабилен в течение 3 лет при температуре хранения $(30\pm 2)^{\circ}\text{C}$ и относительной влажности $(60\pm 5)\%$.

Таким образом, срок хранения лекарственного препарата «Лимонидин» составляет 3 года. Препарат следует хранить в сухом защищенном от света месте при температуре не выше 30°C .

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРЕПАРАТОМ «ЛИМОНИДИН»

К.В Борзилов

Алматинский стоматологический институт
последипломного обучения, Республика Казахстан,
г.Алматы

В статье дана оценка клинической эффективности препарата Лимонидин в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

ЛИМОНИДИН ПРЕПАРАТЫМЕН БЕТ- ЖААКТАГЫ ШИШИК ООУЛАРДЫ КОМПЛЕКСТУУ ДАРЫЛОО ТАЖРЫЙБАСЫ

Борзилов К.В.

Дипломдон кийинки окуу Алматы
стоматологиялык институту, Казахстан

Макалада бет-жаак ооруларды комплекстуу дарылоода Лимонидин дарысынын клиникалык натыйжалуугу келтирилген.

EXPERIENCE OF MAXILLO-FACIAL INFLAMMATION DISEASES TREATMENT, USING LYMONIDIN PREPARATION

K.V. Borzilov

Almaty Stomatological Institute for Postgraduate
education. Kazakhstan

Article presents estimation of clinical results using of Lymonidin preparation, on treatment of Maxillo-Facial area Inflammation diseases .

По рекомендации Фармакологического комитета РК проводились предклинические и клинические исследования по апробации

препаратов, полученных из субстанции «Лимонидин». В частности, предклинические исследования показали ее высокие противовирусные, антиоксидантные и гепатопротекторные свойства. В дальнейшем эта субстанция была использована для производства лекарственных форм.

В нашей клинике проведена апробация сиропа и настойки «Лимонидин» в лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями. В частности, настойка препарата оказала хорошее ранозаживляющее действие, особенно во второй стадии (регенерации) и третьей (реорганизация рубца и эпителизация) фазах воспаления.

Выбор этой группы больных объясняется тем, что лечение гнойно-воспалительных заболеваний, предупреждение развития деструктивных форм одонтогенного остеомиелита челюстей, профилактика и лечение инфекционно-воспалительных осложнений переломов костей лицевого черепа, главным образом травматического остеомиелита, являются актуальной проблемой современной клинической челюстно-лицевой хирургии. Это связано, с одной стороны, с постоянно ухудшающимися экологическими условиями, снижением уровня жизни населения, что приводит к увеличению числа больных с исходным изменением иммунологической реактивности и наличием фоновой патологии. С другой стороны, бесконтрольное массовое применение доступных антибиотиков первых поколений привело к широкому распространению в лечебных учреждениях и среди городского населения микробных штаммов, резистентных (или полирезистентных) к химиотерапевтическим препаратам.

Успех антибактериальной терапии в гнойной челюстно-лицевой хирургии зависит во многом не только от высокой активности применяемого препарата, чувствительности к нему микроорганизмов, но и от длительности сохранения оптимальной терапевтической концентрации антибиотика в очаге воспаления.

В связи с этим, наше внимание привлекла субстанция «Лимонидин» в виде различных лекарственных форм, а также настойки, полученной на основе корней кермека гмелина препарат лимонидин, отечественного производства.

Субстанция «Лимонидин» представляет собой кристаллическое вещество коричневого цвета с горьковато вяжущим вкусом, со специфическим запахом, хорошо растворимое в

воде и водных спиртовых растворах. Препарат нерастворим в липофильных растворителях: бензоле, хлороформе, гексане, толуоле.

Корни и субстанция *Limonium* содержат 20 одних и тех же α -аминокислот, но отличаются между собой по их количественному содержанию. В наибольшем количестве содержатся глутаминовая, затем аспарагиновая кислоты, аланин и пролин, а также незаменимые аминокислоты, содержание которых как в сырье, так и в субстанции практически одинаково. В исследуемых объектах содержатся все восемь незаменимых аминокислот.

Глутаминовая и аспарагиновая кислоты занимают центральное место в процессах связывания, транспорта и выведения из организма биологически активных форм азота, способствуя поддержанию азотистого баланса. Глутаминовая кислота применяется для лечения заболеваний центральной нервной системы, метионин и гистидин для лечения и предупреждения заболеваний печени, цистеин глазных болезней. Метионин способен стимулировать ослабленную сердечную деятельность. Глицин и его производные оказывают выраженное гипополипидемическое действие; некоторые аминокислоты стимулируют секрецию инсулина клетками поджелудочной железы.

Таким образом, сырье и субстанции отличаются большим количеством аминокислот, в том числе и незаменимых, что подчеркивает их ценность в качестве лекарственных объектов.

Целью исследования являлась оценка клинической эффективности препарата лимонидин у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Материал и методы. Для выполнения поставленной цели препарат лимонидин был назначен 45 больным в возрасте от 19 до 63 лет с различными гнойно-воспалительными заболеваниями в после операции по дренированию первичного гнойного очага. Все пациенты были распределены на две группы в зависимости от нозологической формы. В *первую группу* вошли 23 больных с острыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области; *вторую группу* 22 пациентов, оперированных по поводу гайморита, кист челюстей и др. (гайморотомия, цистэктомия и др.). В *сравниваемую группу* вошли 20 пациентов с различными состояниями после оперативного вмешательства в полости рта, которые применяли для антисептической обработки ран полости рта

0,02% раствором фурацилина.

Среди клинических критериев, использованных нами в оценке эффективности применения препарата лимонидин, были жалобы пациентов; визуальное определение наличие клинических признаков воспаления: гиперемия, отек слизистой оболочки полости рта, экссудата или налета; наличия при пальпации болезненности в области патологического очага или послеоперационной раны.

Результаты и их обсуждения. В динамике у больных различных групп наблюдали изменения клинических показателей. Так, жалобы больных первой группы с острыми одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области были на боль, покраснения, припухлости мягких тканей в области воспаления. Объективно у всех пациентов данной группы отмечалась гиперемия, припухлость мягких тканей, коллатеральный отек, болезненность при пальпации, выделение гноя из раны. У больных этой группы на 2-3 сутки местного применения уменьшились жалобы на боль, значительно ослабла гиперемия и припухлость тканей, что указывало на снижение острых явлений воспалительного процесса. На 5-6 сутки у больных исчезли субъективные ощущения дискомфорта.

У больных второй группы, начиная с 2-3 суток наблюдения местного применения препарата лимонидина способствовало снижению отека и инфильтрата и болезненных явлений в области послеоперационной раны. Признаки воспаления в области небных дужек полностью купировались на 3 сутки лечения. Симптомы воспаления в области послеоперационной раны полностью были купированы у всех больных на 6 сутки применения препарата для орошения аппликации послеоперационной раны.

У пациентов сравниваемой группы при использовании для обработки слизистой полости рта 0,02% раствор фурацилина эффективность наблюдалась начиная с 4 суток. На 7-8 сутки у трех пациентов сравниваемой группы еще сохранялись признаки воспаления в области послеоперационной раны, определялся фибриновый налет, сохранялась незначительная болезненность при пальпации.

Хотя фирма-производитель среди побочных действий отмечают аллергические реакции на составляющие компоненты, в проведенных нами исследованиях ни у одного пациента не было отмечено аллергических реакций и прочих побочных действий. Таким образом,

проведенные клинические исследования указывают на то, что препарат лимонидин обладает выраженным противовоспалительным действием. Настойка препарата также оказала хорошее ранозаживляющее действие, особенно во второй (регенерации) и третьей (реорганизация рубца и эпителизация) фазах воспаления. Клинико-морфологические и цитологические исследования в подтвердили клинические наблюдения.

Таким образом, препарат лимонидина может быть применен у больных с различными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в различных фазах течения воспалительного процесса. Благодаря своим противовоспалительным, ранозаживляющим действиям лимонидин является патогенетически обусловленным у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Препарат также может быть использован у больных после планово проведенных различных оперативных вмешательств в костной ткани.

**ОБОБЩЕНИЕ ВОПРОСА О СОСТОЯНИИ
МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ И
ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ.
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Шаяхметов Д.Б.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Резюме: Представлен обзор литературы, в котором обобщаются основные методы лечения воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез, а также краткий сравнительный анализ данных методов лечения.

Ключевые слова: слюнные железы, методы лечения.

**ШИЛЕКЕЙ БЕЗДЕРИНИН СЕЗГЕНУУ ЖАНА
ДИСТРОФИЯЛУУ ООРУЛАРЫН ДАРЫЛОО
ЫКМАЛАРЫНЫН АБАЛЫН ЖЫЛПЫЛОО
МАСЕЛЕЛЕРИ.
(АДАБИЙ СЕРЕП)**

Шаяхметов Д.Б.

И.К. Ахунбаев атындагы КММА хирургиялык стоматология жана бет-жаак хирургия кафедрасы

Корутунду: Шилекей бездеринин сезгенуу жана

дистрофиялуу ооруларын дарылоо ыкмалары жана дарылоо ыкмаларынын кыскача салыштырма толдоосу жөнүндө адабий сереп берилген.

Негизги создор: Шилекей бездери, дарылоо ыкмалары.

**GENERAL QUESTIONS ABOUT THE STATE
OF TREATMENT OF INFLAMMATORY AND
DEGENERATIVE DISEASES OF THE
SALIVARY GLANDS.
(THE LITERATURE REVIEWS)**

D.B. Shayakhmetov

Department of surgical stomatology and maxillo-facial surgery of the Kyrgyz State Medical Academy after the name of I.K. Akhunbaev

Resume: The literature, which communicate with the main methods of treating inflammatory and degenerative disease of the salivary and a brief comparative analysis of treatments.

Key words: salivary glands, methods of treatment.

Слюнные железы играют важную роль в жизнедеятельности организма, они имеют не только экзокринную, но и эндокринную функции, тесно взаимодействуют со многими органами и системами. Отчетливо прослеживается взаимосвязь пищеварительной, эндокринной, мочеполовой и других систем с хроническими воспалительными и дистрофическими заболеваниями слюнных желез.

Удаление слюнных желез ведет к нарушениям в работе и развитию различных заболеваний желудочно-кишечного тракта [29].

На долю заболеваний слюнных желез приходится от 2,3% до 7% стоматологических заболеваний. При этом лечение этих заболеваний вызывает сложности у врачей поликлиник и даже крупных клиник.

Лечение острого и обострившегося хронического сиаденита независимо от его формы не представляет больших трудностей. В комплекс лечебных процедур входит прием антибактериальных, гипосенсибилизирующих, иммуностимулирующих средств, компрессы с 30% димексидом, масляные компрессы, физиолечение (УВЧ, электрофорез, лазеротерапия) [3,5,10,42].

Из антибактериальных средств для лечения острого сиалоаденита Д.К. Фасхутдинов [31] предлагает амоксиклав в дозе 625 мг 2 раза в день в течение 10-14 дней. В.В. Афанасьев [5]; на основании своего клинического опыта рекомендует использовать цифран в дозе 0,5 мгм 2 раза в сутки в

течение 5 дней в сочетании с сульфаниламидными препаратами.

Л.А. Шумихина [42]; выделила 3 степени тяжести острого сиаладенита. Рекомендовала: в качестве антибактериального препарата использовать амоксилав в дозе 0,5 г 3 раза в день (при I степени – 5 дней; при II степени – 7 дней; при III степени – до 10 дней).

Е.И. Дерябин, Л.А. Шумихина [10]; указывают, что сочетанное применение мексидола и некогерентной инфракрасной-терапии приводит к сокращению сроков лечения и увеличению длительности ремиссии.

В период обострения хронического калькулезного сиаладенита с целью ликвидации воспалительных явлений необходимо санировать железу через проток используя для этого 0,02% раствор хлоргексидина или других антисептических средств [3].

При составлении комплексного плана лечения хронического сиаладенита возникают значительные трудности. Известно, что при хроническом сиаладените, основным патогенетическим фактором его развития является снижение иммунитета и неспецифической резистентности организма [6,13,20].

Наибольший эффект отмечается при введении в комплекс лечебных мероприятий средств повышающих неспецифическую резистентность организма, улучшающих трофику слюнной железы, повышающих ее функцию, предупреждающих рецидивы заболевания [6,13,18,24].

С целью повышения иммунитета с успехом применяли поливитамины, натрия нуклеинат по 0,2гр. 3 раза в день в течение 14 дней. Этот курс можно повторить 1-3 раза в год [20].

В.В. Афанасьевым [6] разработан метод интраканального ультрафиолетового облучения с помощью малогабаритного локального УФ-облучателя «Яхонт». УФ-облучение проводилось с помощью гибких световодов вводимых в протоки слюнных желез, что также повышало иммунитет.

А.Ф. Коваленко [15]; применял стафилококковый анатоксин, бактериофаг, инъекции РНКазы, электрофорез с ДНКазой, продигозан, так как установил нарушение обмена нуклеиновых кислот у больных хроническим интерстициальным сиаладенитом.

Д.К. Фасхудинов [31] отмечает, что эффективность лечения хронического неспецифического сиаладенита существенно повышается на фоне иммуномодулирующей терапии с помощью применения полиоксидония.

Схема применения: внутримышечно по 6 мг, через день, 10 инъекций.

Иммунорегулятором эффектом обладает гирудотерапия при лечении хронических сиаладенитов и сиаладенозов [1,2,23].

И. С. Пинелис. А.Г. Скурлатов [22] используя в комплексном лечении больных сиаладенитом тимоген-2 отметили благотворное влияние его на клеточный и гуморальный иммунитет, что приводило к купированию воспалительного процесса, уменьшению сроков лечения и увеличению периода клинической ремиссии.

Одним из компонентов комплексного лечения хронических сиаладенитов является проведение наружных блокад в области пораженного органа. Для этих целей используются 0,25-0,5% растворы местных анестетиков: новокаина, тримекаина, лидокаина. Наружные блокады используются с целью нормализации трофических процессов в железе. По данным Афанасьева В.В. [7] гипертермическая реакция кожных покровов на месте введения 0,5% раствора новокаина сохраняется в течении 2-3 сут, поэтому проводить блокаду рекомендуется 1 раз в 2-3 дня. Тримекаиновая блокада дает менее выраженный и продолжительный гипертермический эффект. Всего на курс лечения назначают 5-10 блокад в области каждой слюнной железы, чередуя стороны при двустороннем процессе.

Проведя сравнительную оценку микроциркуляции в зоне проведения блокад с помощью метода ультразвуковой доплерографии, Панин А.М. с соавт.[21] выяснили, что наиболее выраженным эффектом изменения микроциркуляции при проведении блокад обладает 0,5% раствор лидокаина.

С целью ускорить стихание воспалительных явлений [3] проводили санацию железы через проток с использованием 0,02% раствора хлоргексидина или других антисептических средств. Обязательно проводили от 2 до 4 наружных блокад в области железы с 0,5% раствором новокаина- 30мл с антибиотиком. В промежутках между блокадами утром и вечером назначали компрессы с 30% раствором димексида

М.В. Симонова [28] впервые применила диметилсульфоксид у больных синдромом Шегрена. Этот препарат улучшает микроциркуляцию в тканях, оказывает анальгезирующее, бактериостатическое действие, способствует проведению лекарственных средств через кожу.

Положительные результаты получили Т.К.

Супиев с соавт. [30], при внутри протоковом введении раствора диметилсульфоксида.

А.А. Сакович [27] при лечении больных хроническим обострившимся паротитом применял ингибитор протез контрикал, который быстро купировал воспалительный процесс. Аналогичные результаты получили Maier H. и Adler D [43].

Л.Д. Чулак [34] получил положительный лечебный эффект после применения нуклеаз и панкреатина у больных с иммунным сиалозом, ингибиторов нуклеаз с метаболическим, спазмолитических средств и протеолитических ферментов – с нейрциркуляторным сиалозом.

При проведении лимфотропной антибактериальной терапии (ЛАТ) отмечено увеличение терапевтической эффективности в 1,5-1,6 раза по сравнению внутримышечным введением антибактериального препарата. ЛАТ в комплексном лечении сиаладенитов позволяет быстрее купировать воспалительный процесс [9].

О.В. Авдиенко [4] разработала способ лечения воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез с использованием внутривенных инфузий растворов гемодеза и реополиглюкина, который можно использовать и больным с избыточной массой тела, при этом значительно улучшаются результаты лечения. Использование раствора реополиглюкина можно проводить в виде монотерапии, а раствора гемодеза в связи с малой эффективностью следует проводить в комплексе с другими лекарственными веществами.

Как самостоятельный метод лечения, так и в качестве составной части комплексной терапии больных с хроническими воспалительными и дистрофическими заболеваниями предложен метод гирудотерапии [1,2,23]; Лечение проводится в стоматологическом отделении. Постановку пиявок осуществляли на рефлексогенные точки кожи лица в области слюнных желез, в количестве от 1 до 8 на 1 сеанс. Курс лечения составляет 7-11 сеансов с интервалом в 2-3 дня.

Физические методы лечения широко используются при лечении больных сиаладенитами. С.Г. Безруков [8] предложил проведение электрофореза с отжимом лечебной грязи озера Саки, сочетая с ультразвуковой терапией области слюнных желез.

А.Г. Кац с соавт. [14] в 1,5 раза удлинили сроки ремиссии сиаладенита применяя лазеротерапию, что происходило за счет усиления регионарного кровообращения.

На положительные клинические результаты при применении физических факторов в комплексном

лечении заболеваний слюнных желез указывают Ефанов О.И. и Тюпенко Г.И. [11]. Авторами применялись УВЧ-терапия, УФ-облучение, лазеротерапия, как красным, так и инфракрасным лазером, флюктуоризацию по поперечной методике, токи надтональной частоты (ультратон-терапия), электрофорез с лидазой при наличии стойких инфильтратов.

А.Н. Морозов [19] используя метод внутривнутри протокового лазерного облучения в комплексном лечении воспалительных заболеваний слюнных желез отмечает, что он клинически эффективен, легко воспроизводим, экономически оправдан.

Л.А. Шумихина [42] в качестве физиолечения предложила некогерентную инфракрасную терапию.

В тоже время есть работы [12] указывающие на деструктивное воздействие длительных экспозиций излучения лазеров.

В поздних стадиях в связи с неэффективностью консервативного лечения проводят удаление слюнных желез или перевязку протока околоушной железы [27]. При этом прекращается функционирование слюнных желез атрофией и дистрофией их концевых отделов [44].

Подводя итоги предлагаемого краткого обзора литературы по лечению воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез, приходим к выводу, что в этом вопросе имеется еще много нерешенных проблем. Стойкие положительные результаты получены лишь при лечении острой стадии сиаладенита. Комплексное лечение хронических сиаладенитов позволяло добиться хороших, но временных результатов. Полного выздоровления не наступало. Имеющиеся сложности при диагностике и лечении слюнных желез, периодические обострения сиаладенита обуславливают необходимость диспансеризации больных сиаладенитами и создания специализированных центров патологии слюнных желез. [6,17,18,26,33].

В Кыргызстане проблеме лечения воспалительных заболеваний слюнных желез, также уделяется внимание. Изучена распространенность и частота сиаладенитов и слюннокаменной болезни в Кыргызстане [35]. Систематизированы возможности лечения и реабилитации больных хроническим сиаладенитом [36,40]. Определены этапы реабилитации этих заболеваний [36]. В эксперименте изучены морфологические изменения в тканях слюнных желез при обтурации их

выводных протоков и после восстановления слюнооттока [37,38].

Имеются ряд нерешенных проблем: отсутствует единый лечебно-диагностический комплекс для больных с заболеваниями слюнных желез, не разработан алгоритм лечебно-диагностических мероприятий для практических врачей, нет специализированного центра патологии слюнных желез, вследствие чего больные теряют много времени, прежде чем получают необходимую помощь. Увеличивается число поздних обращений. Эти проблемы ждут своего решения.

Литература

1. Абальмасов Д.В. Комплексное лечение больных хроническим сиаладенитом и сиаладенозом с применением гирудотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003.
2. Абальмасов Д.В., Афанасьев В.В., Пожарицкая М.М., Симакова Т.Г. Гирудотерапия хронического сиаладенита и сиаладеноза. // Заболевания и повреждения слюнных желез: Матер. юб. научн.-практ. конф. с международным участием, посвящ. 60-летию проф. В.В. Афанасьева. – М., 2006. – С. 17-19.
3. Абдусаламов М.Р., Афанасьев В.В. Клинические особенности течения слюннокаменной болезни и выбор метода лечения в период обострения сиаладенита.// Стоматология. – 2007. - №5. – С. 48-49.
4. Авдиенко О.И. Клиника, диагностика и комплексное лечение больных различными формами сиаладеноза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008.
5. Афанасьев В.В. Сиаладенит. (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально-клиническое исследование): дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1993.
6. Афанасьев В.В. Слюнные железы. Болезни и травмы: М., 2012.
7. Афанасьев В.В. Термовизиография лица в «норме» и при сиаладенитах: дис. ... канд. мед. наук. – М., 1975.
8. Безруков С.Г. Патогенез и лечение хронических сиаладенитов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1991
9. Дайронас С.К. Лимфотропная антибактериальная терапия в лечении воспалительных желез: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- М.- 2007
10. Дерябин Е.И., Шумихина Л.А. Комплексная терапия острых и обострившихся хронических неспецифических паротитов с применением мексидола и некорегентной инфракрасной терапии // Стоматология. – 2006. - №3. – С. 21-23.
11. Ефанов О.И., Тюпенко Г.И. Физические факторы в лечении заболеваний и повреждений слюнных желез. Заболевания и повреждения слюнных желез. Матер. юб. науч.- практ. конф. с международным участием, посвящ. 60-летию д.м.н. проф. В.В. Афанасьева. – М., 2006. – С. 43
12. Иванов А.С., Некачалов В.В., Сакович А.А. Морфологические изменения в тканях околоушной слюнной железы при действии лазерного излучения // Заболевания и повреждения слюнных желез. Матер. юб. науч.- практ. конф. с международным участием, посвящ. 60-летию д.м.н. проф. В.В. Афанасьева. – М., 2006. – С. 44
13. Ивасенко П.И., Коршунов А.С. Иммунологический статус у больных хроническими неопухольевыми заболеваниями околоушных слюнных желез. //Болезни и травмы слюнных желез. Новые методы диагностики и лечения.- Матер. научн.-практ. конф. с международным участием посвящ. 65-летию проф. В.В. Афанасьева. – М., 2012. – С. 56-58.
14. Кац А.Т., Белостоцкая И.М., Золотарева Ю.Б., Маломуд З.П., Олейник Е.М. Применение излучения лазеров в комплексном лечении больных сиаладенитом // Стоматология. – 1986.- №2.- С. 66-68
15. Коваленко А.Ф. Активность ферментов смешанной слюны у больных с воспалительными заболеваниями околоушных слюнных желез.// Стоматология. – 1982. - №2. – С. 40-43.
16. Коваленко А.Ф. Клинико-экспериментальные исследования патогенеза, диагностики и лечения заболеваний слюнных желез: Дис. ... д-ра мед. наук. – Одесса, 1981.
17. Козлов В.А. Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике. - М., 1985.
18. Махсумов Х. Особенности клиники и лечения хронических неспецифических паротитов у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Львов, 1984.
19. Морозов А.Н. Внутривидовое лазерное облучение в комплексном лечении воспалительных заболеваний больших слюнных желез: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- Воронеж.- 2003.
20. Оглазова Н.М. Хронический паротит (клиника, лечение, состояние факторов неспецифической защиты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1982.
21. Панин А.М., Надточий А.Г., Фахрисламова Л.Р. Митриков В.В. Сравнительная оценка микроциркуляции в зоне проведения блокад 0,5% растворами новокаина и лидокаина при лечении заболеваний слюнных желез с помощью метода ультразвуковой доплерографии // Заболевания и повреждения слюнных желез : матер. юбилейн. научн.-практ. конф. С международным участием посвящ. 60-летию проф. В.В. Афанасьева. – М., 2006. – С. 58-59.
22. Пинелис И.С. Скурлатов А.Г. Иммунокоррекция в комплексном лечении больных сиаладенитами. // Стоматология.-1997.-№1.- С. 32-33
23. Пожарицкая М.М., Афанасьев В.В., Симакова Т.Г. и соавт. Результаты гирудотерапии воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез // Болезни и травмы слюнных желез. Новые методы диагностики и лечения.- Матер. Научн.-практ. конф. с международным участием посвящ. 65-летию проф. В.В. Афанасьева. – М., 2012. – С. 22-24.
24. Ромачева И.Ф., Юдин Л.А., Афанасьев В.В., Морозов А.Н. Заболевания и повреждения слюнных желез. – М., 1987.
25. Ромачева И. Ф., Афанасьев В.В., Морозов А.Н. // Лечение и реабилитация больных с острым и хроническим сиаладенитами. Актуальные вопросы реабилитации в стоматологии. – М1986. – с.16.-с. 99-102
26. Рыбалов О.В. Лечебно-профилактический комплекс в терапии хронического паренхиматозного паротита у детей // Стоматология.- 1989.- //№3.-с. 59-60
27. Сакович А.А. – Материалы к лечению не эпидемических паротитов (экспериментальное и клиническое исследование): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- Л.,1975
28. Симонова М.В. Болезнь и синдром Шегрена, клиника, диагностика и лечение поражения слюнных желез и полости рта: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- М., 1982
29. Степаненко Р.С., Афанасьев В.В., Полякова М.А. Роль слюнных желез в гомеостазе организма // Российский стоматологический журнал. – 2010. - №5. – С. 26-27.
30. Супиев Т.К., Нурмаганов С.Б., Есимов А.Ж. // Здравоохранение Казахстана – 1990.-№1.-с. 38-41.
31. Фасхутдинов Д.К. Клинико-лабораторное обоснование применения полиоксидония в комплексном лечении хронических неспецифических сиаладенитов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008.
32. Фахрисламова Л.Р. Обострение хронического сиаладенита: клиника, диагностика, профилактика лечение в комплексе с психологическим воздействием: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003.

33. Филорин М.Д., Кузнецов Ю.В., Ефимова Т.В. Восстановление и сохранение функции слюноотделения при лечении паротитов. // Хирургическая коррекция и послеоперационная терапия заболеваний органов пищеварения.- Новосибирск.-1981.-с. 85-90
34. Чулак Л.Д. Патогенез клиника, диагностика и лечения дистрофически-воспалительных заболеваний околоушной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Одесса, 1983
35. Шаяхметов Д.Б. Распространенность слюннокаменной болезни и ее частота среди др. заболеваний слюнных желез. // Здравоохранения Киргизии – 1983 - №35.- С. 54-55.
36. Шаяхметов Д.Б., Шейнман В.Ю., Красницкий В.К. Клиника и лечение слюннокаменной болезни подчелюстных желез. //Здравоохранение Киргизии. – 1984- №5.-С. 57-59
37. Шаяхметов Д.Б., Зайсанова Т.К., Шейнман В.Н. Морфофункциональные изменения в слюнных железах при лигировании выводных протоков и после восстановления слюнооттока //Здравоохранение Киргизии. – 1985. - №5.- С.26-30
38. Шаяхметов Д.Б. Клинико-экспериментальное обоснование хирургического вмешательства и реабилитации больных калькулезным сиаладенитом // Здравоохранение Казахстана – 1990.-№10.-С. 37-39
39. Шаяхметов Д.Б., Джумаев А.Т., Матсаков К.С. Краевые особенности этиопатогенеза хронических сиалоаденитов в Киргизии. // Актуальные вопросы стоматологической помощи в Кыргызстане.- Бишкек. - 1997,С.59-63
40. Шаяхметов Д.Б. Комплексное лечение больных калькулезным сиаладенитом.// Актуальные вопросы стоматологической помощи в Кыргызстане. – Бишкек.- 1997, С.81-84
41. Щеглова А.П. Первично-хронический паротит у детей. // Стоматология. – 1988. - №2. – С. 64-65.
42. Шумихина Л.А. Комплексное лечение острого сиаладенита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007.
43. Maier H., Adler D // Ibid.-1986.-BD65, №4.- S. 191-194
44. Сазама Леон. Болезни слюнных желез. - Прага, 1971.

ИЗМЕНЕНИЕ СВОЙСТВ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ ЧЕЛОВЕКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПИЩИ

Шаяхметов Д.Б., Филипченко Е.Г., Хайбулина Д.Р., Шаяхметова К.Д., Пильгунова Е.М.

Кафедра хирургической стоматологии КРСУ им.

Б.Н. Ельцина, кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева, кафедра физиологических дисциплин КРСУ им. Б.Н. Ельцина.

Резюме. Проведено исследование влияния характера пищи на показатели вязкости смешанной слюны и кислотно-щелочного равновесия в полости рта. Отмечается снижение вязкости и увеличение рН смешанной слюны при приеме острой пищи.

Ключевые слова: слюнные железы, вязкость слюны, рН слюны, сиалоаденит.

ТАМАК-АШТЫН МУНӨЗҮНӨ ЖАРАША АРАЛАШ ШИЛЕКЕЙДИН КАСИЕТИНИН ӨЗГӨРҮШҮ

Шаяхметов Д.Б., Филипченко Е.Г., Хайбулина Д.Р., Шаяхметова К.Д., Пильгунова Е.М.

Б. Н. Ельцин атындагы КРСУ хирургиялык стоматология кафедрасы, И.К. Ахунбаев атындагы КММА хирургиялык стоматология жана бет-жаак хирургия кафедрасы, Б. Н. Ельцин атындагы КРСУ физиология тартиптеринин кафедрасы.

Корутунду. Ооз көңдөйүндөгү аралаш шилекейдин илээшкектигинин көрсөткүчүнө жана кычкыл-шакардуу тең салмактуулугуна тамак – аштын тийгизген таасири боюнча изилдөө жүргүзүлгөн. Ачуу тамак жегенде, аралаш шилекейдин илээшкектигини начарлаганы жана рНы көтөрүлүп кеткендиги аныкталган.

Негизги сөздөр: шилекей бездери, шилекейдин илээшкектиги, шилекейдин рНы, сиалоаденит.

CHANGE OF PROPERTIES OF THE MIXED SALIVA DEPENDING ON CHARACTER OF FOOD

Shayahmetov D.B., Filipchenko E.G., Haybulina D.R., Shayahmetova K.D., Pilgunova E.M.

Department surgical stomatology of KRSU after the name of B.N. Elzin, department surgical stomatology and maxillo-facial surgery of KSMA after the name of I.K. Akhunbaev, department of physiological disciplines of KRSU after the name of B.N. Elzin.

The resume. Research of influence of character of food on indicators of viscosity of the mixed saliva and acid-base balance is carried out into oral cavities. Decrease in viscosity and increase pH the mixed saliva is noted at reception of a spicy food.

Keywords: salivary glands, viscosity of saliva, pH of saliva, sialadenitis.

Окружающая среда прямо и косвенно влияет на здоровье человека. Нормальное функционирование организма и отдельных его систем и органов возможно лишь в определенном диапазоне значений различных параметров внешней и внутренней среды. Чем ближе значение параметров к оптимальным, тем меньше энергии затрачивает организм для поддержания жизненных процессов и тем больше энергии может выделить для внешней деятельности или внутренней работы,

направленной на самосовершенствование.

Слюна – секрет слюнных желез, играющий большую роль в пищеварении. Слюна смачивает пищу, растворяя вещества, обеспечивающие ее вкус и запах, участвует в формировании пищевого комка, облегчает его проглатывание и продвижение по пищеводу. Смешанная слюна обеспечивает нормальное функциональное состояние зубов и слизистой оболочки полости рта. Она состоит из секрета слюнных желез, клеток эпителия, лейкоцитов, микроорганизмов и остатков пищи.

В зависимости от характера пищи происходит изменение вязкости, рН слюны и, в некоторых случаях, наблюдается появление глюкозы в смешанной слюне.

Известно, что среди причин развития хронических воспалительных заболеваний слюнных желез, в том числе калькулезного, могут быть сгущение слюны и изменение её рН, авитаминозы, перенесенные и сопутствующие заболевания [2], особенности протоковой системы слюнных желез [1,3].

Однако остается спорным вопрос, почему в одних случаях вышеуказанные факторы ведут к развитию сиалоаденита, а в других они не находят реализации.

Некоторые авторы [4] отмечают связь между характером питания и возникновением острых и хронических сиалоаденитов.

Нашими предыдущими исследованиями [6,7] также отмечено неравномерное распределение воспалительных заболеваний слюнных желез среди различных групп населения. Эти различия мы отнесли к особенностям характера питания.

Цель работы: изучение влияния характера пищи на изменение свойств смешанной слюны.

Материалы и методы. Нами было исследовано влияние характера пищи на показатели вязкости слюны и кислотно – щелочного равновесия в полости рта 20 человек (студенты добровольцы КРСУ, КГМА и их родственники). Вязкость ротовой жидкости определяли по методике Рединовой Т.Л. [5] с использованием микропипетки объемом 1 мл. Смешанную слюну собирали в стерильные стеклянные пробирки непосредственно перед исследованием. Предварительно пипетка откалибровывалась на дистиллированной воде с учетом истекшей воды за 5 секунд, установленных секундомером. Установив микропипетку в вертикальном положении, производили забор в нее 1мл слюны с последующим измерением истекшей за аналогичный период времени слюны. Вязкость

ротовой жидкости определяли в относительных единицах по формуле: $V_c = V_v \cdot V_w / V_s$, где V_v - объем истекшей воды (в мл), V_s - объем истекшей слюны (в мл), V_c - вязкость слюны (в отн.ед.), V_w - вязкость воды (отн. ед.). Кислотно – щелочное равновесие смешанной слюны определяли с помощью лакмусовой бумаги. Уровень глюкозы и белка в смешанной слюне определяли с помощью шкалы на лакмусовой бумаге. Предварительно определялись вязкость, рН, уровень глюкозы и белка в смешанной слюне (контроль). Дальнейшие исследования проводили сразу после приема пищи. Вначале испытуемых кормили острой пищей (ашлямфу), после чего проводили забор слюны. Через 1 час испытуемых кормили сухой углеводистой пищей (пряники), после чего проводили повторный забор материала и его исследование.

Статистическую обработку материала проводили методом вариационной статистики. Вычисляли среднее значение (М), стандартное отклонение, ошибку средней величины (m). Разницу средних величин оценивали по критерию Стьюдента и вероятностью Р, которую признавали статистически значимой при $P < 0,05$.

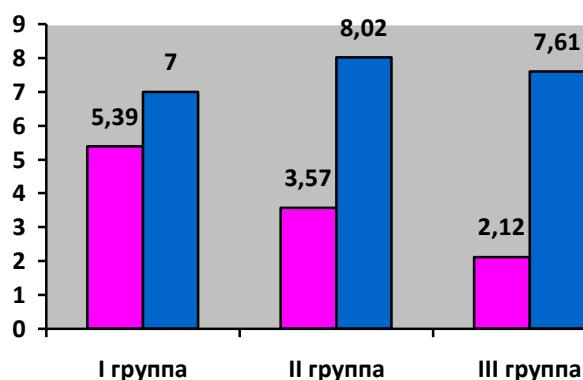
Результаты исследования. Средняя вязкость смешанной слюны до приема пищи (контроль) равна $5,399907 \pm 0,3$ (5,39). Средняя вязкость смешанной слюны после приема острой пищи снизилась до $3,566402 \pm 0,2$ (3,57). Средняя вязкость смешанной слюны после приема сухой углеводистой пищи еще более снизилась и составила $2,118711 \pm 0,4$ (2,12). Первоначальный показатель рН смешанной слюны до приема пищи равен $7,0 \pm 0,2$, после приема острой пищи увеличился до $8,02 \pm 0,3$; после приема сухой углеводистой пищи снизилось незначительно до $7,61 \pm 0,1$. В исходном материале, в смешанной слюне полученной после приема острой пищи, глюкозы не наблюдалось. После приема сухой углеводистой пищи наблюдалось появление глюкозы в смешанной слюне, уровень которой составил 2,44/50 ммоль/л.

Исследуемые группы	Показатель и вязкости слюны (усл. ед.)	рН слюны (усл. ед.)	Уровень глюкозы (ммоль/л)
I группа (до приема пищи) n=20	5,39±0,3	7,0±0,2	-
II группа (после)	3,57±0,2*	8,02±0,3	-

приема острой пищи) n=20			
III группа (после приема сухой углеводистой пищи) n=20	2,12±0,4* ^	7,61±0,1	2,44/50

Примечание: * - достоверность по сравнению с контрольной группой (P<0,001)

P<0,01 – достоверность между II и III группами.



Вывод. Таким образом, в результате проведенного исследования было установлена зависимость свойств смешанной слюны от характера пищи. Острая пища приводит к понижению вязкости смешанной слюны, т.е. ее разжижению. Прием сухой углеводистой пищи приводит к еще большему понижению вязкости смешанной слюны, кроме того, повышает уровень глюкозы. Показатель pH в независимости от характера принимаемой пищи увеличивается (смещается в щелочную сторону).

Вязкость и pH слюны являются одними из ключевых звеньев в этиопатогенезе острого и хронического сиалоаденитов, в том числе калькулезного сиалоаденита. При чрезмерной вязкости слюны ухудшается защитная и очистительная функция слюны. Повышается риск развития хронических сиалоаденитов, в том числе и калькулезного, т.к. сгущение слюны на фоне хронического сиалоаденита ведет к формированию геля - органической основы слюнного камня. Риск развития сиалоаденита существенно возрастает, если вязкость слюны увеличивается на фоне стеноза в области отдельных участков расширенного протока и особенностей его топографии (проток в виде ломанной линии с резкими изгибами [1]).

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В.В., Никифоров В.С. Этиология слюннокаменной болезни.//Стоматология. – 1999.- №5. – с.39-43
2. Афанасьев В.В. Сиалоаденит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально-клиническое исследование): Дисс. д-ра мед. наук. – М., 1993.
3. Афанасьев В.В., Дубов Д.В. Лечение больных с врожденной эктазией околоушного протока с помощью погашения функции околоушной слюнной железы.// Болезни и травмы слюнных желез. Новые методы диагностики и лечения. Матер. научно-практ. конф. с международным участием, посвящ. 65-летию проф. В.В. Афанасьева. – М., 2012. – с.13-14.
4. Григалашвили М. Н., Брегадзе А. А., Зумбулидзе А. Н. и др. //Разработка комплексного метода лечения заболеваний слюнных желез в разных возрастных группах // Сб. научн. трудов Тбилисского мед. Института. - 1979. -т.29,- ч. 2. - с.112-118.
5. Рединова Т.Л., Поздеев А.Р. Клинические методы исследования слюны при кариесе зубов: Метод. рекомендации для субординаторов, интернов и врачей-стоматологов.- Ижевск, 1994.- 24с.
6. Шаяхметов Д.Б. Распространенность слюннокаменной болезни и её частота среди других заболеваний слюнных желез. // Здравоохранение Киргизии. – 1983. - №5. – с.54-55.
7. Шаяхметов Д.Б., Юлдашев И.М. Влияние этнических, географических факторов и факторов питания на распространенность воспалительных заболеваний слюнных желез в Кыргызстане.// Болезни и травмы слюнных желез. Новые методы диагностики и лечения. Матер. научно-практ. конф. с международным участием, посвящ. 65-летию проф. В.В.Афанасьева. – М., 2012. – с.144-145.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ФУРУНКУЛОВ И КАРБУНКУЛОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. (Обзор литературы)

Касенова Н.С.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева

Резюме: в статье представлен обзор литературы частоты, этиологии, патогенеза фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области.

Ключевые слова: фурункул, карбункул, этиология, патогенез, иммунитет, гнойная рана, челюстно-лицевая область.

БЕТ-ЖААКТАГЫ ЧЫЙКАН ЖАНА КЫЙМА ООРУЛУРЫНЫН ПАЙДА БОЛУУ НЕГИЗДЕРИ ЖАНА АЛАРДЫН КАЙТАЛАНЫШЫ. (Илимий иштердин талкуулонусу)

Касенова Н.С.

Хирургиялык стоматология жана бет-жаак хирургия кафедрасы
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Корутунду: бул илимий иште бет-жаакта чыйкан жана кыйма ооруларынын пайда болуу негиздери жана алардын кайталанышы талдаштырылган.

Негизги сөздөр: чыйкан, бет кыймасы, этиология, патогенез, иммунитет, ириңдүү жара, жаак бет аймагы.

ETIO- PATHOGENESIS AND FREQUENCY OF FURUNCLES AND CARBUNCLES OF MAXILLOFACIAL AREA.

(Review)

Kasenova N.S.

Department of surgical stomatology both maxillofacial surgery KSMA of I.K. Ahunbaev

The resume: this article presents review of the frequency, etiology, pathogenesis of furuncles and carbuncles of maxillofacial area.

Key words: furuncles, carbuncles, etiology, pathogenesis, immunity, a purulent wound, maxillofacial area.

Гнойная инфекция за последние годы обрела более агрессивный характер, появилась резистентная к существующим антибиотикам стафилококковая микрофлора, нередко являющаяся причиной гнойничковых заболеваний кожи [2,3,5,6,10,17,26,48].

Изучение основных механизмов развития и течения данного заболевания для последующего совершенствования патогенетической терапии является одной из актуальных задач челюстно-лицевой хирургии и смежных специальностей. Исследования по данной проблеме за прошедшее время проводилось неравномерно и хронологически их можно условно разделить на несколько этапов: 1950-1960гг. (Э.И. Раутенштейн, 1945; С.С. Речменский, 1946; О.Н. Подвысоцкая, 1954; Н.А. Алифмов, 1957; . Игембердиев З.И., 1968), 1990- по настоящее время (Г.Н. Ужegov, 1999;). С середины 1980 по до 1990гг. нами выявлено незначительное количество работ (П.В. Кожевников, 1970; В.М. Мельник, 1976; А.М. Чернух, 1982; D. Sommerwille, 1977), что указывает на потерю интереса исследователей. По данным Климовой И.С. обнаружено, что чаще одиночный фурункул и ХРФ развиваются в возрасте 19-35 лет, реже в возрасте 14-18 лет.

Однако фурункулы и карбункулы лица являются наиболее распространенными гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей и встречаются в 30% случаев, в том числе фурункулы

у 64%, а карбункулы – у 15% больных [10,42,43]. По данным клиники ЧЛХ ММА (г.Москва) они увеличились с 4,5% в 1994г. до 17% в 1997г., т.е. в 3,7 раза [27]. Наряду с этим, выросла и частота септико-пиемических осложнений, представляющих угрозу жизни больного, которые значительно превосходит таковую при флегмонах [28]. Многие вопросы этиологии, патогенеза, лечения и профилактики фурункула челюстно-лицевой области продолжают оставаться нерешенными, что объясняет интерес исследователей к этой проблеме [11,49,50,52].

Частота фурункулов обусловлена, прежде всего, широким распространением в природе гноеродных кокков, весьма устойчивых к различным неблагоприятным воздействиям [8,21,22].

Установлено, что у здоровых лиц, соблюдающих гигиену лица, стрептококки и стафилококки обнаруживаются в среднем в 10%, а у больных пиодермитами их обнаруживают в 90% случаев [12,30,33]. Важно также отметить, что у таких больных вирулентные патогенные кокки преобладают над непатогенными. Естественными очагами пиогенной флоры, откуда она может проникать в воздух, служат открытые пиококковые поражения кожи, а также слизистые оболочки носоглотки и носа, откуда при актах чихания, кашля воздух наводняется каплями бактериального аэрозоля [34]. Для развития пиодермии необходимо незначительное нарушение целостности кожи.

По современным представлениям [18,27,46] бактерии не являются непосредственной причиной заболевания, они лишь провоцируют местные воспалительные процессы. На коже и в волосяных фолликулах постоянно присутствуют такие сапрофитные микроорганизмы, как липофильные грибы рода *Pityrosporum*, *Staphylococcus epidermidis* и *Propionbacterium acnes*. Наибольшую роль в развитии воспаления при угревой болезни играют *Propionbacterium acnes* - грамположительные неподвижные липофильные палочки, которые являются факультативными анаэробами. Закупорка устья волосяного фолликула и скопление кожного сала внутри него создают предпосылки для размножения этих микроорганизмов внутри воронки волосяного фолликула. Постоянное размножение *Propionbacterium acnes* в фолликуле, которое обнаруживается на стадии микрокомедонов, приводит к повышению активности метаболических процессов, вследствие этого - выделение медиаторов воспаления. Например, в

процессе жизнедеятельности *Propionibacterium asnes* выделяют липазы, которые расщепляют триглицериды кожного сала на жирные кислоты, вызывающие повреждения эпителия фолликула. Патогенность *Propionibacterium asnes* обусловлена его строением (капсулой, белком А, тейхоевыми кислотами, пептидогликаном и др.), способностью угнетать хемотаксис, противодействовать активности фагоцитов и специфических антител [22].

Особенно большое значение в возникновении фурункулов имеет инфицирование волосяного фолликула, сальной железы и окружающих их тканей через выводные протоки и участки кожи с поврежденным эпидермисом. Инфицирование возникает в случаях нарушения целостности эпидермиса при ссадине, порезе во время бритья.

Стафилококки, стрептококки и другие возбудители пиодермитов, находятся в пыли бытовых и производственных помещений, в воде, на различных предметах. Значительная заболеваемость фурункулами и карбункулами объясняется запыленностью атмосферы, особенностями условий труда и быта (загрязнение кожи мазутом, машинным маслом или грубыми частицами пыли), отсутствием у значительной части населения санитарно-гигиенических навыков [26,48].

Факторами, предрасполагающими к возникновению фурункулов, могут быть также неблагоприятные метеорологические условия, охлаждение, перегревание организма, нарушения нервной, эндокринной систем, авитаминоз, интоксикация. Особое значение в возникновении заболеваний имеет нарушение углеводного обмена. Установлено, что более 20% больных сахарным диабетом страдают фурункулезом. Частые рецидивы одиночных фурункулов обусловлены сенсibilизацией кожи к стафилококковой инфекции [48].

М.Н. Зубков, к примеру, различает две группы факторов, способствующих заболеванию пиодермиями:

I Факторы, связанные с состоянием кожи:

- 1) Нарушение целостности кожного покрова, что создает хорошие условия для проникновения в кожу микробов;
- 2) Загрязнение кожи, чаще всего на лице, шее, кистях;
- 3) Несоблюдение правил личной гигиены, недостаточно частое и своевременное мытье кожи способствует накоплению на ней пыли и грязи,

разрыхлению рогового слоя и размножению гноеродных микробов;

- 4) Мацерация кожи;
- 5) Раздражение кожи химическими веществами;
- 6) Перегревание и переохлаждение кожи, влекущие за собой количественные изменения потоотделения. Нарушения кровообращения и трофики кожи, понижение ее сопротивляемости и возникновению гнойничковых заболеваний.

К внутренним факторам относятся:

- 1) Заболевания внутренних органов, возникающие у ослабленных пациентов, перенёсших инфекционное заболевание, страдающих хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, нарушениями обмена веществ, особенно углеводного.
- 2) Пониженное питание, гипо - и авитаминозы.
- 3) Функциональные нарушения нервной системы, нервное и физическое переутомление.
- 4) Возрастные особенности кожи.

Н.Л. Карелина также считает, что возникновению фурункулов лица могут способствовать разнообразные причины и, в частности, эндогенные, обострение заболеваний желудочно-кишечного тракта (1977).

По нашему мнению, также определенный интерес представляют неблагоприятные региональные метеорологические условия, как значительная инсоляция и резкие перепады температуры внешней среды в течение суток, что затрудняет адаптацию организма и ведет к ослаблению иммунитета у жителей Центральной Азии и Казахстана.

Проблема, связанная с развитием фурункула, продолжает оставаться актуальной не только для стоматологов, но и хирургов, и дерматологов [1,35,36,43]. Произошедшие изменения в клиническом течении заболевания проявляются в виде атипичных инкурабельных форм, влекущих за собой угрожающие для жизни осложнения (тромбофлебит лицевых вен, тромбоз пещеристого синуса, менингит, менингоэнцефалит, септическая пневмония, сепсис, медиастинит и др.) и имеющих тенденцию к хронизации [4,19,27].

Механизм развития, клиника и течение гнойничковых болезней кожи зависят не только от вида микроба, вызвавшего заболевание, но и защитных сил макроорганизма, особенностей взаимодействия его с возбудителем [7,29,37,44].

Установлено, что наряду с особенностями возбудителя, его патогенными, вирулентными и инвазивными свойствами, большую роль играют нарушения нормального функционирования и взаимодействия различных звеньев иммунной системы, нарушения углеводного обмена, эндокринные расстройства, аутоиммунные заболевания, болезни желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы. Кроме того, на развитие фурункула челюстно-лицевой области, как и при других пиодермиях, возможно влияние гиперандрогенемии [16,41].

По данным Н.А. Дашковой (2006), 82-84% больных юного и молодого возраста имеют клинические признаки заболеваний кожи, для которых характерна повышенная секреция кожного сала, возникающая под влиянием стероидов с андрогенным эффектом.

По мнению авторов к 18-25 годам уровень половых стероидов достигает максимальных значений, усиливается влияние андрогенов на «мишени» – клетки волосяных фолликулов и сальных желез. В результате повышения секреторной активности сальных желез увеличивается количество и изменяется состав кожного сала. Поднимается уровень сквалена, восков, жирных кислот, снижается количество линолевой и линоленовой кислот, рН кожного сала смещается в щелочную сторону, изменяется проницаемость эпителия фолликулов. В результате нарушается его барьерная функция и создаются благоприятные условия для роста микроорганизмов на поверхности кожи и внутри фолликулов [23,38,40].

Кроме того, в литературе имеются данные о влиянии различных гормонов на иммунную систему организма [23]. Отмечено, что под действием тестостерона существенно снижается миграция В-клеток из костного мозга в селезенку, изменяет направление дифференцировки полипотентных стволовых клеток в сторону эритропоэза, в ущерб лимфопоэзу.

Их возникновение большинство авторов связывают с состоянием иммунитета [11,19,40,41,53]. Нарушение баланса в системе андрогены – эстрогены в сторону первых, сопровождается изменениями в иммунной системе, заключающимися в снижении количества Т-

лимфоцитов и их субпопуляций, а также Ig. Между ними в группе лиц с хроническим фурункулезом выявлена устойчивая отрицательная корреляционная зависимость. Неспецифические реакции являются первичными и обеспечивают защиту организма при встрече с микробными возбудителями, независимо от видовой принадлежности. Специфические реакции, или иммунитет, определяют возможность защиты от конкретных антигенных раздражителей. К неспецифическим факторам гуморальной резистентности относятся: комплемент, лизосомы, интерферон, пропердин, бетализины, лейкины. Их недостаточность приводит к снижению резистентности к инфекции, особенно к вирусам, снижению бактерицидных свойств крови, возникновению аутоиммунных заболеваний. Большую значимость в поглощении частиц, чужеродных организму человека, придают фагоцитам, которые переваривают эти частицы под влиянием внутриклеточных гормонов. Фагоцитоз зависит от фагоцитирующего объекта, факторов внешней среды, а также от специфических антител.

По мнению Т. Г. Робустовой, неспецифические факторы играют определенную роль при защите организма от условно-патогенных микробов. При попадании в организм облигатно-патогенных микробов включаются иммунные механизмы защиты. Следовательно, действие неспецифических и специфических факторов согласовано. Состояние местного иммунитета и неспецифических факторов защиты нередко определяет вероятность возникновения инфекционно-воспалительного заболевания. Наличие в ротовой жидкости лизоцима (белок со свойствами муколитического фермента) и секреторного иммуноглобулина А, наряду с интерфероном, обуславливает барьерные свойства ротовой жидкости полости рта к вирусной и бактериальной инфекции.

Диагностически наиболее значимыми являются изменения в фагоцитарном и гуморальном звеньях иммунной системы, а также их сочетанная патология [47,53,55]. При оценке параметров гуморального иммунитета имеет значение не только количество иммуноглобулинов, но и их функциональная активность. Одним из главных показателей функциональной активности является аффинность антител. Способность продуцировать низкоаффинные антитела может привести к состоянию иммунодефицита, которое проявляется частыми инфекционными процессами [25,54]. Изменения в гуморальном звене у больных ХРФ в основном представлены дисиммуноглобулинемией.

Впервые Н. Х. Сетдиковой и соавт. [39,45] было показано, что причиной рецидивирования фурункулеза у таких пациентов является снижение аффинности иммуноглобулинов к общей антигенной детерминанте *Staphylococcus aureus*, который чаще всего служит причиной возникновения фурункулов и преимущественно высевается при бактериологическом исследовании у больных ХРФ [9].

В патогенезе многих гнойно-воспалительных заболеваний лица особое значение играет окислительный стресс, который характеризуется декомпенсацией системы антиоксидантной защиты, накоплением продуктов перекисного окисления липидов и интенсификацией свободнорадикального окисления. Дисбаланс в системе прооксидантно-антиоксидантных взаимоотношений способствует высокой степени эндогенной интоксикации, продлевает стадии очищения и заживления гнойной раны и может служить основанием к неблагоприятному исходу заболевания [15,31,32,51]. Установлено, что истощение внутренних компенсаторных механизмов организма, уменьшение активности антиоксидантной системы (АОС), повышение концентрации продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) и других токсических субстанций в крови формирует эндогенную интоксикацию (ЭИ), степень которой напрямую связана с клиническим течением многих воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области [13,20,51]. Окислительный стресс и гипоксия играют существенную роль в генезе ЭИ. Именно гипоксия определяет выраженность деструктивных изменений в тканях и является одной из причин некроза. Доказано, что нарушения в системе ПОЛ-АОЗ и высокий уровень ЭИ продлевают стадию очищения гнойной раны и могут служить основанием к неблагоприятному исходу заболевания [24,51]. В патогенезе данного заболевания установлен интенсивный процесс перекисного окисления липидов и сниженная антиоксидантная активность, что требует дополнительной фармакологической коррекции. Комплексная терапия фурункула лица не обеспечивает необходимого протекторного действия на антиоксидантную систему.

Список литературы:

1. Агапов В.С., Тарасенко С.В., Трухина Г.М. и др. Внутрибольничные инфекции в хирургической стоматологии. – М. - Медицина. – 2002. – 256 с.
2. Алифмов Н.А. Гнойничковые заболевания кожи. - Пермь.- 1957.-37с.
3. Атлас Я.Е. Заболевания кожи у детей раннего возраста. - М: Медгиз.-1961.-121 с.

4. Багаутдинова В.И. Клиника и лечение осложненных фурункулов и карбункулов лица. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Полтава, 1994. - 17с.
5. Бажанов Н.Н., Биберман Я.М., Ефанов О.П. Принципы лечения больных воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи // Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи / Под ред. А.Г. Шаргородского. - М.,1985.- Гл.4. - С.66-98.
6. Бажанов Н.Н., Юнусходжаев Э., Белокрыницкий Д.В., Кудряшова Н.М. Прогностическое значение исследования иммуноглобулинов у больных с флегмонами челюстно-лицевой области // Стоматология. — 1985. —Т.64. №6 — С.52-56.
7. Бажанов Н. Н. Профилактические аспекты в практике хирургической стоматологии / Н. Н. Бажанов // Стоматология. 1986. - № 3. - С. 82-83.
8. Балин В.Н. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний и осложнений ран челюстно-лицевой области // Стоматология. - 1985.-Т. 64, № 6.- С.52-56.
9. Бухарин О. В. Персистенция патогенных бактерий. — М., 1999.
10. Вернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области // - Киев: «Вища школа», 1985. - 391с.
11. Волкова Е.Н., Бутов Ю.С., Морозов С.Г. К проблеме иммунопатогенеза гнойничковых заболеваний кожи // Вестник дерматологии и венерологии. – 2004. – № 1. – С.20_22.
12. Газимова В.Г., Власова И.А. Педиатрия. - 2001. №5. - С.51-56.
13. Гайворонская Т.В. Динамика состояния антиоксидантной активности плазмы крови у больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области при комплексном лечении // Российский стоматологический журнал. - 2008. - № 1. - С.30-31.
14. Глухенький Б.Т. Справочник по врачебной косметике. Киев: Здоровья, 1990.-С.301.
15. Гринь В.К., Фисталь Э.Я., Сперанский И.И. и др. Интегральные гематологические показатели лейкоцитарной формулы как критерий оценки тяжести течения ожоговой болезни, ее осложнений и эффективности проводимого лечения. // Материалы науч.-практ. конференции «Сепсис: проблемы диагностики, терапии та профілактики», 29–30 марта 2006 г. – Харьков, 2006. – С. 77-78.
16. Дашкова Н.А., Логачев М.Ф. Клинические варианты и лабораторные характеристики ювенильных гиперандрогенных дерматопатий // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. – № 3. – С.18_21.
17. Дацковский Б.М., Елькин В.Д., Счастливец Л.В. Витамины в дерматологии. - Пермь, 1992. -33с.
18. Дерябин Е.И., Мацулевич Т.В., Козьминых Ю.В., Кормухин Ю.А. Местное применение зуботоников при комплексном лечении гнойной раны челюстно-лицевой области // Стоматология. - 2000. - №6. -С.31-34.
19. Дурново Е.А. Диагностика и лечение больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области с учетом состояния неспецифической и иммунологической резистентности организма: Автореф. дис.д-ра мед. наук. – М., 2003. – 39 с.
20. Дурново Е.А. Роль свободнорадикального окисления в воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области // Матер. IX Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. - СПб., 2004. - С. 67-68.
21. Дяченко Ю.В. Микробиологические аспекты патогенеза и лечения стафилококковой инфекции в стоматологии: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Киев, 1982.- 36с

22. Ивасенко П.И., Клишевич В.П., Караульных В.И., Далматов В.В., Матюхин В.Н., Обухова Т.М., Готвальд Р.Н. Микробиологическая и иммунологическая характеристика гнойных воспалительных процессов челюстно-лицевой области // *Стоматология*. - 1982.-Т. 61. - №3. - С.42-44.
23. Казаков В.Н. Пути взаимодействия нервной, эндокринной и иммунной систем в регуляции функций организма // *Архив клинической и экспериментальной медицины*. - 2004. - Т.13, № 1-2. - С.3-10.
24. Казарян А.С. Эффективность сочетанного применения антигипоксантов и антиоксидантов в комплексном лечении больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области (экспериментально-клиническое исследование) : автореф. дис. ... канд.мед. наук. - Краснодар, 2009. - 22 с.
25. Климова С. В., Пинегин Б. В., Кулаков А. В., Комарова И. А. Особенности гуморального антибактериального иммунитета у часто и длительно болеющих людей // *Иммунология*. — 1997. - № 3. - С. 50-52.
26. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) под ред. А.Г. Шаргородского. -М.: ГЭОТАР- МЕД. - 2002. - 528с.
27. Кудинова Е.С. Септико-метастатические осложнения при фурункулах и карбункулах лица. // *Стоматология*. - 1999. - №3. - с.22-25.
28. Малимон Т.В. Фурункулы лица у детей и подростков. Методы профилактики и лечения: Автореф.дис....канд.мед.наук.- Пермь, 2006, 19 с.
29. Мельник В.М. Лечение фурункулов новокаином - фурациллиновыми блокадами // *Врачебное дело*. -1976. - №6. - С.34-37.
30. Мухомов М.Э., Польских В.И. и др. Количественное исследование цитологической динамики заживления гнойных ран лица и шеи // *Стоматология*.- 1985 .-№1 .- С.33-35
31. Островский В.К., Машенко А.В., Янголенко Д.В., Макаров С.В. Показатели крови и лейкоцитарного индекса интоксикации в оценке тяжести и определении прогноза при воспалительных, гнойных и гнойно-деструктивных заболеваниях. // *Клин. лаб. диагностика*. - 2006. - № 6. - С.50-53.
32. Островский О.В., Химич И.В., Хлыбов В.С., Кирпичников М.В. <http://www.jurnal.org/articles/2011/med14.html> Антиоксидант мексидол в комплексном лечении фурункула лица
33. Подвысоцкая О.Н. Проблемы функционального направления в дерматологии. М.: Медицина, 1954. - С.40-68.
34. Реченский С.С. Очерки экспериментальной аэромикробиологии. М.: Медицина, 1973. - 164с
35. Робустова Т.Г. Факторы неспецифической защиты и иммунная реактивность больных воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи // *Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи* / Под ред. А.Г. Шаргородского. - М., 1985. - Гл.3. - С.46-66.
36. Робустова Т.Г., Лебедев К.А., Ушаков Р.В. и др. Взаимосвязь показателей Т-, В- и А-систем иммунитета у больных с флегмонами челюстно-лицевой области // *Стоматология*. - 1985. -Т.64, №4. — С. 35-37.
37. Робустова Т.Г. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области // *Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*. / Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. — М.: Медицина, 2000. - т.1. - Гл.7. - С. 161-185.
38. Самгин М.А., Монахов С.А. Акне (лекция) // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. - 2005.- № 3. - С.55_65.
39. Сетдикова Н. Х. Иммуномодуляторы в комплексной терапии иммунокомпроментированных пациентов: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2002.
40. Сетдикова Н.Х., Латышева Т.В. Комплексные механизмы развития хронического рецидивирующего фурункулеза и пути их коррекции // *Иммунология*. - 2000. -№ 3. - С.48-50.
41. Суворова К.Н., Сысоева Т.Ф. Пубертатные акне: прогнозы рациональное лечение // *Вестник дерматологии и венерологии*. - 2004. - № 4. - С.49_51.
42. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. - Алматы. - 1994. - 222 с.
43. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М.: «Медпресс», 2001. - 160 с.
44. Таран Н.И. Раневая процесс и регенерация. Гнойная рана в стоматологии // *Клиническая патофизиология для стоматологов* / Под ред. В.Т. Долгих. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000.- Гл.6.- С. 103-115.
45. Тельнюк Я. И., Сетдикова Н. Х., Пинегин Б. В. Изучение особенностей функционирования иммунной системы у больных рецидивирующим фурункулезом // *Иммунология*. - 2002. - № 4. - С. 218-220.
46. Ушаков Р.В., Царев В.Н. *Стоматология* 1997;2:13—16.
47. Хаитов Р. М., Пинегин Б. В. Современные иммуномодуляторы: основные принципы их применения // *Там же*. — 2000. - № 5. - С. 4-7.
48. Шаргородский А.Г., Бажанов Н.Н., Биберман Я.М., Ефанов О.И. и др. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. М.: Медицина, 1985.- С.46-94, 284-290
49. Шульга И.А. Фурункул носа.(автореф. дисс. д.м.н.)1996.-30 С.
50. Щербакова А.О. Комплексная терапия больных хроническим рецидивирующим фурункулезом с нарушением аффинности иммуноглобулинов.// Автореф.дис....к.м.н. 14.00.36.-аллергология и иммунология.-М.-2004.-с.44-48
51. Фомичёв Е.В. [и др.]. Клинико-лабораторная диагностика эндогенной интоксикации у больных вялотекущими и хроническими гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области // *Вестник ВолГМУ*. - 2010. - № 1 (33). - С. 99–102.
52. Brook I., Frazier E.H. Aerobic and anaerobic microbiology of axillary hidradenitis suppurativa. *J Med Microbiol* 1999;48:1:103—105.
53. Demir Cay, et al. Phagocytosis and oxidative burst by neutrophils in patients with recurrent furunculosis // *International Journal of Clinical Practice*. - 2005. - Vol. 59, № 3.- P.370-373.
54. Luxton R. W., Thomson E. J. // *J. Immunol. Meth.* — 1990. — Vol. 131. - P. 277-282.
55. Raymond L. Barnlaill «*Dermaphatology*». - 2010.

**РОЛЬ БЛОКАДЫ НОЦИЦЕПТИВНОЙ
СТИМУЛЯЦИИ И УПРЕЖДАЮЩЕЙ
АНАЛЬГЕЗИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО БОЛЕВОГО
СИНДРОМА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ХИРУРГИИ**

**Исмаилова У.А., Бошкоев Ж.Б., Юлдашев И.М.,
Курканина Л.П., Токтомбаев М.А.**
Кафедра анестезиологии, реанимации и
интенсивной терапии КГМА им. И.К. Ахунбаева,
Кыргызстан

***Резюме.** В статье исследуется влияние предоперационной блокады и упреждающей анальгезии на выраженность послеоперационного болевого синдрома. На основании полученных данных были сделаны выводы о целесообразности использования их в схеме послеоперационного обезболивания.*

***Ключевые слова:** боль, визуально-аналоговая шкала, упреждающая анальгезия*

**БЕТ-ЖААК ХИРУРГИЯДАГЫ
ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ ООРУ
СИНДРОМУНУН АЛДЫН АЛУУДАГЫ
НОЦИЦЕПТИВДИК СТИМУЛЯЦИЯСЫНЫН
БЛОКАДАСЫ ЖАНА АБАЙЛАТУУ
АНЕСТЕЗИЯСЫНЫН РОЛУ**

**Исмаилова У.А., Бошкоев Ж.Б., Юлдашев И.М.,
Курканина Л.П., Токтомбаев М.А.**
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медицина академиясынын анестезиология,
реаниматология жана интенсивдуу терапия
кафедрасы

***Корутунду:** Макалада операциядан кийинки оорунун катуулугуна операциядан алдынкы блокаданын жана алдын алуу анальгезиянын таасири изилденген. Изилдоодо алынган жыйынтыктардын негизинде операциядан кийинки анальгезияда алардын керектуулугу жонундо тыянактар чыгарылган.*

***Туйундуу создор:** сыздаткан оору, соз жузундогу окшоштук шкаласы, оорунун алдын алуу*

**THE ROLE OF NOCICEPTIVE
STIMULATION BLOCK AND WARN
ANALGESY IN PROPHYLAXIS OF
POSTOPERATIVE PAIN SYNDROME IN
MAXILLO-FACIAL SURGERY.**

**Umut A. Ismailova, Jusup B. Boshkoev, Ishat M.
Yuldashev, Larisa P. Kurkanina, Meder A.
Toktombaev**

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I. K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyzstan.

***Summary:** In the article investigates the influence of preoperative block and warn analgesia on display of postoperative pain syndrome. On the basis of the data obtained the conclusion about it's effectiveness in postoperative analgesia scheme was done.*

***Key words:** pain, visual-analog scale, preventive analgesia.*

Послеоперационная сенситизация структур центральной нервной системы, воспринимающих боль, играет немалую роль в формировании послеоперационного синдрома, - это признается многими авторами [1,7,8].

Проводимые ранее исследования были в области определения эффективности центральных блокад - спинальной и эпидуральной анестезии, а также блокады крупных нервных стволов, как в экспериментах, так и при операциях на органах грудной и брюшной полостей и на конечностях [2,3,5,7]. Но возможность системного токсического эффекта местных анестетиков - это один из главных аргументов противников применения центральных и периферических блокад в послеоперационном периоде[4,6,8].

Материалы и методы исследования. Мы провели исследование влияния предоперационной блокады зоны операции и упреждающей анальгезии на интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде, а также показатели гемодинамики и суммарную дозу опиоидов во время операции.

Исследуемые были поделены на три группы, куда входили 46 пациентов в возрасте от 20 до 58 лет, оперированных по поводу переломов нижней челюсти и опухолей околоушной железы. Группы не имели различий по полу, возрасту и характеру сопутствующей патологии. Группа I являлась контрольной. Пациентам группы II после индукции в анестезию выполняли блокаду нижнечелюстного нерва введением 100 мг 2% раствора лидокаина. В группе III - лорноксикам в дозе 8 мг внутривенно за 15 минут до оперативного вмешательства

Интенсивность послеоперационного болевого синдрома регистрировали по визуально-аналоговой и словесно-рейтинговой шкалам, суммарной суточной дозе анальгетиков в пересчете на морфин,

времени первого требования анальгетика, а также площади зоны кожной гипералгезии.

Таблица №1
Клиническая характеристика
различных методов профилактики
послеоперационного болевого синдрома в
группах (M±m)

Группы	I	II	III
Количество пациентов	20	8	8
Время первого требования анальгетика (час)	1,8±1,1	8,7±1,1	14,1±1,4
Количество пациентов, не удовлетворенных обезболиванием	6(30%)	1(12,5%)	0
Потребность в анальгетиках (мг)	17±2,1	9±1,5	6,5±1,1

Из представленных в таблице данных видно, что наихудшая динамика болевого синдрома у пациентов контрольной группы. Так, отмечалось раннее появление болей в раннем послеоперационном периоде (1,8±1,1ч), потребность в анальгетиках за сутки была высокой, и, следовательно, высокий процент количества пациентов, не удовлетворенных обезболиванием.

Оптимальные результаты мы получили у пациентов групп II и III, где проводили пред- и послеоперационное введение лорноксикама. Так, временной интервал от окончания операции до первого требования анальгетика достоверно был выше в группе III.

Потребность в анальгетиках была наименьшей в группе III, но различия между группами были недостоверными. Все пациенты группы III были удовлетворены качеством послеоперационного обезбоживания. Треть пациентов группы I не были удовлетворены качеством послеоперационного обезбоживания.

Результаты анализа интенсивности послеоперационного болевого синдрома в зависимости от области оперативного вмешательства представлены в таблице 2.

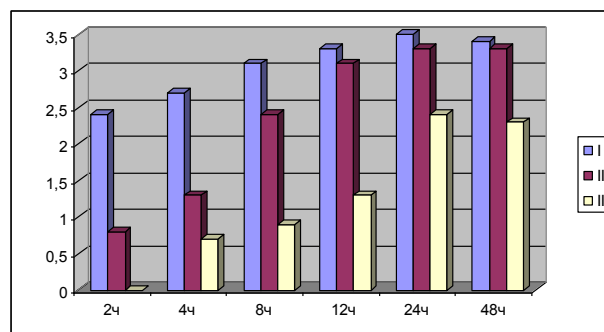
Таблица 2. Средняя интенсивность послеоперационного болевого синдрома в динамике (M±m).

	I		II		III	
	A	Б	A	Б	A	Б
2 ч	2,5	2,3	0,9	0,7	0	0

	±1,1	±0,9	±0,4	±0,3		
4 ч	2,8 ±1,2	2,6 ±1,3	1,2 ±0,7	1,4 ±0,9	0,8 ±0,3	0,7 ±0,3
8 ч	3,2 ±1,4	3,1 ±1,1	2,5 ±1,0	2,4 ±0,8	0,9 ±0,4	0,9 ±0,3
12 ч	3,4 ±1,6	3,1 ±1,8	3,1 ±1,6	3,2 ±1,7	1,2 ±0,7	1,4 ±0,9
24 ч	3,6 ±1,5	3,4 ±1,7	3,2 ±1,4	3,4 ±1,2	2,5 ±1,0	2,4 ±0,8
48 ч	3,5 ±1,3	3,3 ±1,2	3,4 ±1,5	3,3 ±1,1	3,1 ±1,6	3,2 ±1,7

A – операции на нижней челюсти

Б – операции на околоушной железе



Интенсивность ПБС в третьей группе была ниже, чем в остальных

группах на всех этапах исследования, при этом отличия были достоверными в промежуток до 24 часов от окончания операции вне зависимости от области оперативного вмешательства.

В третьей группе интенсивность ПБС была достоверно ниже, чем в первой и второй в период до 12 часов после операции. Отличия в интенсивности ПБС между контрольной и второй группой наблюдались только в промежуток до 2 часов после завершения оперативного вмешательства.

Параметры интраоперационной гемодинамики были стабильными во всех исследуемых группах. В частности, когда выполняли предоперационную блокаду раствором лидокаина, не наблюдалось значительных различий частоты сердечных сокращений и артериального давления по сравнению с основной группой. Поэтому можно отметить, что предположения по поводу отрицательного воздействия местных анестетиков на гемодинамику, можно считать несколько преувеличенными.

Выводы. Проанализировав динамику интенсивности послеоперационного болевого

синдрома, можно сделать заключение, что сенситизацию больвоспринимающих структур наиболее эффективно предотвращает применение упреждающей анальгезии, путем введения раствора Лорноксикама. Кроме блокады ноцицептивной импульсации, в механизме профилактического воздействия на развитие послеоперационного болевого синдрома определенное значение имеет их местный и системный противовоспалительный эффект. Блокада лидокаином не оказала выраженного профилактического действия на развитие послеоперационного болевого синдрома в связи с короткой продолжительностью действия, что подтверждает высказывания о необходимости продолжения ноцицептивной блокады на ближайший послеоперационный период.

Литература:

1. Жарков И.П. Профилактика послеоперационного болевого синдрома в челюстно-лицевой хирургии // Автореф. дисс. ...к-та мед. наук. – Воронеж, 2002.
2. Кукушкин М.Л., Решетняк В.К. Механизмы патологической боли // Боль и ее лечение., 1999 - №11 – С.16-19.
3. Овечкин А.М. Профилактика послеоперационного болевого синдрома. Патогенетические основы и клиническое применение. // Дисс. Докт. Мед. Наук, М., 2000, 250 с.
4. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Морозов Д.В. Лечение и профилактика послеоперационной боли. Мировой опыт и перспективы. // Боль и ее лечение, 1999, №11, с.7-11.
5. Foreman P.A. Preemptive analgesia: the prevention of neurogenous orofacial pain. //Anesth Prog. 1995; 42(2) :36-40.
6. Kalso E., Rosenberg P. Modern trends in postoperative pain control. // Anne. Med. -1995.- V.27. - P.209-210.
7. Kehlet H., Dahl J.B. Postoperative pain. // World J.Surg.- 1993.- V.17.-P.215-Kehlet H. Surgical stress: the role of pain and analgesia. // Br.J. Anaesth.- 1989.- V.63.- P. 189-195.
8. Younessi O.J., Punnia-Moorthy A..Cardiovascular effects of bupivacaine and the role of this agent in preemptive dental analgesia. //Anesth Prog. 1999Spring;46(2):56-62.

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ЧАСТОТЫ
ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ
БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ В ЧЕЛЮСТНО-
ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ.**

Исмаилова У.А.

Кафедра анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии КГМА им. И.К. Ахунбаева

Резюме. В статье проведен ретроспективный анализ эффективности послеоперационного обезболивания и частоты возникновения

хронических болевых синдромов после челюстно-лицевых вмешательств.

Ключевые слова: боль, хронический болевой синдром, упреждающая анальгезия, визуально-аналоговая шкала

**БЕТ-ЖААК ХИРУРГИЯДАГЫ ХРОНИКАЛЫК
ООРУ СИНДРОМДОРУН КУРУЛУУ
ЖЫШТЫКЫ ЖАНА ОПЕРАЦИЯДАН
КИЙИНКИ АНЕСТЕЗИЯСЫНЫН
НАТЫЙЖАЛУУЛУГУН АНАЛИЗИ**

Исмаилова У.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясынын анестезиология, реаниматология жана интенсивдуу терапия кафедрасы

Корутунду: Макалада бет-жаак операциялардан кийинки хроникалык оору синдромдорун пада булушу жыштыкы жана операциядан кийинки анальгезиянын натыйжалуугунун рестроспективдуу анализи келтирилген.

Туйундуу создор: сыздаткан оору, оорунун алдын алуу, соз жузундогу окшоштук шкаласы

**THE ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF
POSTOPERATIVE ANALGESIA AND
FREQUENCY OF POSOPERATIVE PAIN
SYNDROME FORMATION IN THE MAXILLO-
FACIAL SURGERY.**

Umut Ismailova.

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I. K. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan.

Summery: article presents the Retrospective analysis of the effectiveness of postoperative analgesia and frequency of chronic postoperative pain syndrome formation after Maxillo-Facial interventions.

Key word : pain, chronic pain syndrome, preventive analgesia, visual- analog scale.

Проблема боли в раннем послеоперационном периоде и возможной ее хронизации после операций на челюстно-лицевой области не получила должного влияния. Как известно, в основе любой боли лежат нарушения нейрональной пластичности, то есть способности нейронов значительно изменять свою структуру, функцию или биохимический профиль в зависимости от повторного афферентного сенсорного входа. Это

понятие является основой для понимания трансформации острой боли в хроническую [2,3,8]. Местное воспаление в поврежденных тканях увеличивает сенситизацию. Важную роль в возникновении пластических свойств нервной системы играет воспаление. Его целенаправленное устранение может предотвратить изменения в ЦНС, которые приводят к хронической боли. Поэтому важно устранить боль и воспаление на периферическом и центральном уровнях [3,7].

В различных литературных источниках говорится о хроническом болевом синдроме, очень часто возникающем после вмешательств на челюстно-лицевой области [1,5,7]. Но, нужно отметить, что о влиянии клинических факторов на частоту хронизации боли в доступной литературе мы не встретили.

Нами проведен ретроспективный анализ эффективности обезболивания в раннем послеоперационном периоде и частоты возникновения хронического болевого синдрома после операций на челюстно-лицевой области. В задачи анализа входило выявление пациентов из группы риска в отношении хронизации болевого синдрома в послеоперационном периоде. Для этого мы произвольно выбрали пациентов, которые через 6 месяцев после операции заполняли опросные листы. По данным некоторых современных источников, к категории хронических относится болевой синдром, который длится более 6-ти месяцев [4,6]. Те пациенты, которые отмечали наличие боли, по их мнению, связанной с проведенной ранее операцией, дополнительно нами опрошены с целью выявления характера боли.

Материалы и методы исследования. Нами исследованы пациенты, которые перенесли оперативные вмешательства на челюстно-лицевой области: остеосинтез нижней челюсти, резекция околоушной слюнной железы. Вмешательства выполнены в условиях местной, проводниковой и общей многокомпонентной анестезии. В послеоперационном периоде использовались традиционные методы обезболивания: введение опиоидов и неопиоидных анальгетиков внутримышечно.

Проводились исследования влияния метода обезболивания во время операции, типа оперативного вмешательства, интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, наличия боли в предоперационном периоде, повторных оперативных вмешательств, послеоперационных воспалительных

осложнений на частоту хронизации болевого синдрома.

Таблица 1. Зависимость частоты хронизации боли от интенсивности ПБС.

№	Факторы	Число пациентов	Число пациентов с ХБС
1.	Интенсивность ПБС < 3-х баллов	29	1 (3,4%)
2.	Интенсивность ПБС > 3-х < 5-ти баллов	128	24 (18,8%)
3.	Интенсивность ПБС > 5-ти баллов	34	23 (67,6%)

Исходя из представленных в таблице 1 данных, можно отметить, что в 86,4% случаев качество послеоперационного обезболивания можно считать неудовлетворительным, т.к. интенсивность послеоперационного болевого синдрома превышала 3 балла по визуально-аналоговой шкале. Следует отметить, что у пациентов с послеоперационным болевым синдромом интенсивностью менее 3-х баллов, частота хронизации боли была достаточно низкой (3,4%). Также, у пациентов, у которых интенсивность послеоперационной боли была более 5-ти баллов по визуально-аналоговой шкале - частота формирования хронических болевых синдромов в послеоперационном периоде достигала 67,6%.

При проведении данного анализа, зависимости частоты формирования хронических болевых синдромов от применяемых методов обезболивания во время операции, нами не было выявлено. В подгруппах пациентов, разделенных по признаку применяемой интраоперационно анестезии - общей многокомпонентной либо местной или регионарной, - также отсутствовали значимые различия в частоте формирования хронических болевых синдромов. Нужно отметить, что при применении методов местной и регионарной анестезии частота возникновения хронических болевых синдромов была несколько выше, чем при применении общей многокомпонентной анестезии. Касательно упреждающей анальгезии, получившей клиническое подтверждение, можно отметить, что имеет место профилактическое действие как

по отношению к острой послеоперационной боли, так и хронизации боли в послеоперационном периоде. Полученные нами результаты исследования можно объяснить тем, что для интраоперационной местной и регионарной анестезии были использованы местный анестетик короткой продолжительности действия (лидокаин). Для достижения превентивного эффекта регионарных методов обезболивания, согласно современным представлениям, продолжительность блокады должна распространяться и на ближайший послеоперационный период, что требует применения местной анестезии длительного действия либо методов пролонгирования блокады.

Таблица 2. Зависимость частоты хронического болевого синдрома от метода интраоперационного обезболивания.

№	Факторы	Число пациентов	Число пациентов с ХБС
1.	Общая многокомпонентная анестезия	136	33 (24,3%)
2.	Местная и проводниковая анестезия	23	6 (27,5%)
3.	Сочетание местной анестезии и нейролептанальгезии	32	9 (28,5%)

Мы исследовали взаимосвязь между частотой возникновения хронического болевого синдрома и наличием предоперационной боли, а также от выполнения повторных оперативных вмешательств в одной анатомической области, т.к. имеет место высокая значимость центральной сенситизации в процессе формирования хронического болевого синдрома. При этом учитывалась значимость предоперационной боли как основной жалобы пациентов, являвшейся основной причиной обращения для оперативного лечения. Данные представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3. Зависимость частоты хронических болевых синдромов от наличия предоперационной боли.

№	Факторы	Число пациентов	Число пациентов с ХБС
1.	Отсутствие предоперационной боли	128	9(7,2%)
2.	Наличие предоперационной боли	53	41 (77,5%)
3.	Основной причиной обращения для оперативного лечения являлся болевой синдром	10	10(100%)

№	Факторы	Число пациентов	Число пациентов с ХБС
1.	Общая многокомпонентная анестезия	136	33 (24,3%)
2.	Местная и проводниковая анестезия	23	6 (27,5%)
3.	Сочетание местной анестезии и нейролептанальгезии	32	9 (28,5%)

У пациентов, у которых была предоперационная боль - формирование хронических болевых синдромов было зарегистрировано в 10 раз чаще по сравнению с пациентами, боли в предоперационном периоде не отмечавшие. А у пациентов, основной причиной обращения за медицинской помощью которых являлся болевой синдром, наличие боли в 100% случаев было отмечено и через 6 месяцев после операции.

Таблица 4. Зависимость частоты хронических болевых синдромов от выполнения повторных оперативных вмешательств.

№	Факторы	Число пациентов	Число пациентов с ХБС
1.	Единственная операция	163	14(8,5%)
2.	Повторная операция	21	19 (94,3%)
3.	Более 2-х операций	7	7(100%)

В зависимости от выполнения повторных оперативных вмешательств в одной анатомической зоне, были отмечены значительные различия в частоте формирования хронических послеоперационных болевых синдромов. Так, у повторно прооперированных пациентов, хронический болевой синдром возникал в 11,0 раз чаще, чем у пациентов с единственной операцией. Тогда как у больных, перенесших более 2-х операций в одной анатомической зоне, хронический болевой синдром был отмечен в 100% случаев.

Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что болевая стимуляция в предоперационном периоде играет роль не только в возникновении острого послеоперационного болевого синдрома, но и способствует

формированию хронического нейропатического болевого синдрома. Это и подтверждает значительное влияние предварительной сенситизации болевоспринимающих структур ЦНС для последующего развития вторичной гипералгезии.

Таблица 5. Зависимость частоты хронических болевых синдромов от наличия воспалительного процесса в оперируемой области.

№	Факторы	Число пациентов	Число пациентов с ХБС
1.	Отсутствие воспалительных изменений	139	14(10,5%)
2.	Наличие воспалительных изменений	99	46(46,3%)

Представленные в таблице 5 данные указывают на значительно высокую частоту формирования хронических болевых синдромов у пациентов с воспалительными процессами в оперируемой области. Возможно, фоновая сенситизация периферических ноцицепторов за счет массивного выделения медиаторов воспаления и развитие первичной гипералгезии приводит в дальнейшем также и к последующей гипервозбудимости ноцицептивных нейронов ЦНС с возникновением вторичной гипералгезии.

Таблица 6. Зависимость частоты хронических болевых синдромов от вида оперативного вмешательства.

№	Факторы	Число пациентов	Число пациентов с ХБС
1.	Резекция околоушной слюнной железы	81	29 (35,8%)
2.	Остеосинтез нижней челюсти	104	15 (14,1%)

Анализируя зависимость между частотой формирования хронических болевых синдромов и типом оперативного вмешательства, нами выявлена высокая частота хронизации боли после резекции

околоушной слюнной железы (35,8%). Тогда как, после операции остеосинтеза нижней челюсти частота хронических болевых синдромов составила 14,1%. У пациентов, оперированных по поводу опухолей околоушной слюнной железы, высокая частота возникновения хронических болевых синдромов объясняется особенностями иннервации оперируемой области, и, как следствие - высокий риск травматизации периферических ветвей тройничного нерва.

Выводы: решающее влияние на частоту хронизации боли после челюстно-лицевых операций оказали следующие факторы - интенсивность послеоперационного болевого синдрома, наличие предоперационной боли, выполнение повторных вмешательств в одной анатомической зоне и наличие воспалительных осложнений в оперируемой области. Вид оперативного вмешательства значимого влияния на частоту возникновения хронических болевых синдромов не оказал.

Все вышесказанное позволяет нам в предоперационном периоде оценить риск возникновения хронического болевого синдрома на послеоперационном этапе и предпринять наиболее верные меры профилактики у пациентов высокого риска.

Литература:

9. Жарков И.П. Профилактика послеоперационного болевого синдрома в челюстно-лицевой хирургии // Автореф. дисс. ...к-та мед. наук. – Воронеж, 2002.
10. Кукушкин М.Л., Решетняк В.К. Механизмы патологической боли // Боль и ее лечение., 1999 - №11 – С.16-19.
11. Овечкин А.М. Профилактика послеоперационного болевого синдрома. Патогенетические основы и клиническое применение. // Дисс. Докт. Мед. Наук, М., 2000, 250 с.
12. Овечкин А.М., Гнездилов А.В., Морозов Д.В. Лечение и профилактика послеоперационной боли. Мировой опыт и перспективы. // Боль и ее лечение, 1999, №11, с.7-11.
13. Foreman P.A. Preemptive analgesia: the prevention of neurogenous orofacial pain. //Anesth Prog. 1995; 42(2) :36-40.
14. Kehlet H. Surgical stress: the role of pain and analgesia. // Br.J. Anaesth.- 1989.- V.63.- P. 189-195.
15. Kalso E., Rosenberg P. Modern trends in postoperative pain control. // Anne. Med. -1995.- V.27. - P.209-210.
16. Kehlet H., Dahl J.B. Postoperative pain. // World J.Surg.- 1993.- V.17.-P.215-219.

**ВОЗМОЖНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ
ЗУБОВ, РАЗРУШЕННЫХ ДО ИЛИ НИЖЕ
УРОВНЯ ДЕСНЕВОГО КРАЯ.**

Тресков Д.В., Мамытова А.Б.

КРСУ, кафедра хирургической стоматологии

Резюме: В данной статье приводится опыт восстановления зубов, разрушенных до или ниже уровня десневого края у 35 пациентов, восстановительное лечение которым проводили двумя путями: традиционным и предложенным авторами способом. Описаны методики исследования, результаты и приведены клинические примеры восстановительного лечения.

Ключевые слова: Премоляры, клыки, гингивэктомия, остэктомия, одонтоскопия, одонтометрия, анкерный штифт, армирующая штифтовая конструкция.

**БҮЙЛӨНҮН ҮСТҮҢКҮ ЖАНА ИЧКИ
БӨЛҮКТӨРҮ БУЗУЛГАН ТИШТЕРДИ
КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ
МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮ**

Тресков Д.В., Мамытова А.Б.

КРСУ, Хирургиялык стоматология кафедрасы

Резюме: Бул макалада салттуу жана автор тарабынан сунушталган 35 оорулуу адамдардын бүйлөлөрүнүн үстүңкү жана ички бөлүктөрү бузулган тиштерди калыбына келтирүү тажрыйбасы көрсөтүлөт. Калыбына келтирип дарылоонун изилдөө методикасы, жыйынтыктары жана клиникалык мисалдары сүрөттөлөт.

Ачкыч сөздөр: Премолярлар, азуу тиштер, гингивэктомия, остеоэктомия, одонтоскопия, одонтометрия, анкердик штифт, бекемдетилген штифттик конструкция.

**POSSIBILITIES OF RESTORING THE TEETH,
DESTRUCTED UP TO OR BELOW THE
GINGIVAL MARGIN.**

Treskov D.V., Mamytova A.B.

Kyrgyz-Russian Slavic University, Department of Dental Surgery

Summary: This article presents an experience of restoring teeth, destructed up to or below the gingival margin, in 35 patients undergoing through rehabilitation treatment in two ways: the traditional

way and the method proposed by authors. The article describes the research techniques, results; and provides clinical examples of rehabilitation treatment.

Keywords: premolars, cuspids, gingivectomy, osteotomy, odontoscopy, odontology, anchor pin, reinforcing pin construction.

Несмотря на значительные достижения современной стоматологии, большинство людей на протяжении жизни в разном возрасте лишаются одного или нескольких зубов. Это состояние объясняется разрушением зубов после кариеса и его осложнений, неэффективным лечением, в результате которого происходит отделение коронковой части зуба до десневого края или ниже него [6]. Традиционно решение данной проблемы идет двумя путями. Это: удаление оставшегося корня зуба или восстановление утраченной коронковой части зуба. Сложность и трудоемкость врачебных манипуляций, а также частое отсутствие стабильности результатов, полученных при традиционных методах лечения, связанных с сохранением коронковой части зуба объясняет несомненную актуальность данной проблемы и требует постоянного поиска и усовершенствования методов восстановления коронковой части зубов. Мнение клиницистов в этом вопросе едино в плане сохранения разрушенных зубов, что позволяет не затрагивать соседние интактные зубы под мостовидные протезы, а также предупреждает образование концевых дефектов и, соответственно является профилактикой атрофии альвеолярных отростков челюстей [1].

Цель исследования: Изучить возможности восстановления разрушенных зубов до десневого края или ниже него с последующей реставрацией таких зубов.

Материалы и методы.

На клинической базе кафедры хирургической стоматологии КРСУ исследование проводилось на 35 пациентах с ранее эндолеченными зубами, у которых коронковая часть была разрушена до или ниже десневого края – 23(65%) премоляры, 12(35%) клыки. Из них мужчины составили -24, женщины- 11. У исследуемых пациентов отделение коронковой части зуба до десневого края происходило у 26 пациентов и соответственно отделение ниже десневого края у 9 пациентов. Сроки после первичного терапевтического лечения с депульпацией составили от 3 до 5 лет.

У всех пациентов исследование корней подвергалось одонтоскопическому исследованию – описанию особенностей строения корня и

параметрам восстанавливаемой коронковой части зуба. Одонтометрическое исследование нами проводилось с помощью штангенциркуля, прицельных дентальных рентгеновских снимков и миллиметровой линейки. Определялся уровень цементно – эмалевой границы, который находится в норме апикальнее 1,8 мм от десневого края, и маркировался раствором бриллиантовой зелени [5]. Измерялась высота анатомической коронки в сравнении с одноименным зубом на противоположной стороне, учитывая окклюзионную плоскость [4]. Размеры длины корневой части зуба измерялись по дентальным рентгеновским снимкам также у одноименных зубов противоположной стороны. Одонтометрическое исследования с шагом 0,1 мм проводилось с помощью штангенциркуля по прицельным дентальным R-снимкам. Сравнение уровня цементно - эмалевой границы и высоты анатомической коронки зубов верхней челюсти проведено у 35 пациентов [2].

Всем пациентам применялась амбулаторная операция круговая гингивэктомия, а при наличие костной ткани на культе корня производилась остэктомия. После хирургического обнажения корневой культи зубов через 7 дней культевой конец корня зубов восстанавливался путем установки анкерных штифтов и предложенной нами штифтовой армирующей конструкцией (заявка на изобретение № 20120063.1 от 22.06.12). После чего пломбировочным материалом восстанавливалась коронковая часть зуба.

Результаты исследования:

Одонтоскопическое исследование у 35 разрушенных зубов, выявило что премоляры (65%) имели форму прямоугольника или овала, а остальные 35% - клыки, которые по форме подходили под геометрические фигуры ромба и квадрата. При клиническом обследовании: исследуемые корни зубов не имели патологической подвижности и прочно стояли в лунке. На прицельных R- снимках признаков патологических изменений в периапикальных тканях не наблюдалось. Стенки исследуемых корней имели достаточную толщину без признаков кариозного поражения, корневой канал имел достаточную проходимость для восстановления коронковой части штифтами. [3]

Оставшаяся часть корня зуба в 20% случаев находилась вровень с десневым краем, в 25% случаев разрушение было неравномерно на 0,5-1,0мм, и в 30% случаев оказалась ниже десневого края до 1,0мм.

При одонтометрическом исследовании

выявлено, что уровень цементно-эмалевой границы и высоты анатомической коронки у разрушенного зуба находился с разницей в 0,1-0,2 мм. При этом сопоставление шло с окклюзионной плоскостью и уровня цементно-эмалевой границы зуба с сохраненной коронкой противоположной стороны. Далее учитывая данные одонтоскопии и одонтометрии после определения уровня цементно-эмалевой границы, применялось иссечение десневого края с обнажением корневой культи зуба на 2 мм, а при наличии костной ткани на культе корня, производилась круговая остэктомия также до 2мм. Послеоперационное течение у всех пациентов было гладким, рана заживала вторичным натяжением. После заживления раны через 7 дней 25 пациентам (16 премоляров и 9 клыков) установили анкерные штифты по традиционной технологии (пример 1), а у 10 пациентов (7 премоляров и 3 клыка) было проведено восстановление коронковой части предложенной нами конструкцией (пример 2).

Пример 1

Пациент А. 24 лет обратился на клиническую базу кафедры хирургической стоматологии КРСУ по поводу разрушения коронковой части у 23 зуба, эстетический дефект, нежеланием обтачивать соседние зубы под мостовидный протез и удалять корень 23 зуба, а также дискомфорт во время еды.

Из анамнеза: 23 депульпирован и находился под пластмассовой коронкой. Со временем через 1,5 года пациент отметил подвижность искусственной коронки, а затем и полное отделение коронковой части зуба вместе с коронкой.

При осмотре: коронковая часть до десневого края у 23 зуба отсутствует. Слизистая оболочка, окружающая разрушенный зуб обычной окраски. На дентальной R-графии отмечается полноценная obturация корневого канала без признаков периапикального воспаления. После обследования пациенту под местной инфильтрационной анестезией провели круговую гингивэктомия на 2 мм. Спустя 7 дней после оперативного лечения рана зажила вторичным натяжением. Признаков воспалительной реакции не было. Пациенту произвели, распломбировку корневого канала на 1/3 длины, фосфат цементом установили винтовой анкерный штифт (пр-ва Швеции). Коронковую культю сформировали химиотверждаемым пломбировочным материалом. Далее зуб восстановили металлокерамической коронкой.

Пример 2

Пациентка П. 31 год обратилась на клиническую базу кафедры хирургической

стоматологии КРСУ по поводу разрушения коронковой части также у 23 зуба, эстетический недостаток. Жалобы те же.

При осмотре коронковая часть 23 зуба разрушена до десневого края и неравномерно. Признаков воспаления в окружающих зуб тканях нет. Зуб не имеет подвижности, на дентальном R- снимке корневой канал полноценно obturирован, признаков остеодеструкции нет. После обследования под местной инфильтрационной анестезией пациентке произведена круговая гингивэктомия и остэктомия с обнажением корневой культи на 2 мм. Послеоперационное течение гладкое, рана зажила вторичным натяжением. Через 7 дней пациентке установили разработанную нами армирующую штифтовую конструкцию. После распломбировки корневого канала 23 зуба, корневой канал заполнили фосфат цементом. Подготовленные металлические пластины из стоматологической матрицы толщиной – 0,01 мм, шириной – 2 мм, длиной 11 мм в количестве 4 штук установили в корневой канал по периметру. До восстановления коронки зуба и затвердевания фосфат цемента по центру корневого канала между металлическими пластинами установили анкерный штифт. Внутрикорневая часть металлических пластин достигла 2/3 длины корня зуба, подтвержденная прицельным R – снимком. Пластины (4) перешли в область восстанавливаемой коронки зуба, и были выгнуты в виде лепестков в коронковой части зуба. Затем провели реставрацию коронковой части зуба путем послойного нанесения композитного фотоотверждаемого материала, воссоздав анатомическую форму клыка (ромб). Таким образом, 23 зуб был восстановлен, не требовал ортопедического лечения, так как предложенная нами армирующая конструкция соединила воедино корень и коронку, что является прочной конструкцией.

Выводы: Таким образом, зубы разрушенные до или ниже шейки могут быть полноценно восстановлены после хирургической подготовки в виде круговой гингивэктомии и остэктомии, в области разрушенного зуба с последующей установкой предложенной нами армирующей конструкцией, позволяющей соединить воедино оставшийся корень зуба и восстановленную коронковую часть зуба, что является залогом полноценного и успешного использования таких зубов в течение длительного срока.

Список литературы:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н Ортопедическая стоматология Москва МЕДпресс-информ, 2003. С. 59-61
2. Белошенков В.В, Курякина Н.В., и др. Анатомо – физиологические особенности челюстно – лицевой области и методы ее исследования. – Москва Мед. Книга, 2005. С. 28-30
3. Иорданишвили А.К. Клиническая ортопедическая стоматология Москва МЕДпресс-информ, 2007 С. 15-17
4. Клаус М. Леманн Эльмар Хельвинг Основы терапевтической и ортопедической стоматологии 1-е издание на русском языке под редакцией проф. Абакирова С.И. 1999 С. 50-55
5. Леус П.А., Горегляд и др. Заболевания зубов и полости рта Ростов-на Дону Феникс 2002. С. 29-31
6. Суднев И.В. и др. Зубная имплантация новый уровень протезирования Санкт-Петербург Премиум Пресс 2007. С. 3-6

**ПОСТЛУЧЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ
ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И КОЖИ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.
ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.**

Токтосунова С.А.

КРСУ, г. Бишкек, Кыргызская Республика, Кафедра хирургической стоматологии

Резюме: В статье приводится литературный обзор по частоте и распространенности злокачественных опухолей ЧЛО, требующих комплексного лечения, включающего хирургическое лечение, лучевую терапию и химиотерапию. Описаны изменения, характерные для постлучевых стоматитов и дерматитов ЧЛО, даны схемы лечения постлучевых повреждений.

Ключевые слова: Злокачественная опухоль челюстно-лицевой области, лучевая терапия, постлучевой стоматит, постлучевой дерматит.

**ООЗКОНДУНУНУБЫЛЖЫРЧЕЛИНДЕЖАНА
ЖААК-БЕТ АЦМАГЫНЫН
ТЕРИСИНДЕГИПОСТРАДИАЦИАЛЫКЖАРА
ЛАЛАР. АБАБИЙСЕРЕП.**

Токтосунова С.А.

КРСУ, Бишкек, КыргызРеспубликасы,
Хирургиялыкстоматология кафедрасы

Резюме: Булл макалда хирургиялык дарылоону, нурдандыруу (радиациялык) терапия жана химиотерапияны камтыган комплекстуу

дарылоону талап кылган жаак-бет аймагынын (ЖБА) коркунучтуу шишик ооруларынын жыштыгы жана жайланышы боюнча адабий сереп корсотулот. ЖБАда пост-радиациялык стоматит жана дерматит оорулары намуноздуу озгоруулор баяндалган, пост-радиациялык жараланууну дарылоо схемалары берилген.

Ачкычсоздор: ЖБАнын коркунучтуу шишикоорулары, нурдандыруу (радиациялык) терапия, пост-радиациялык стоматит, пост-радиациялык дерматит.

POST-RADIATION LESIONS OF THE ORAL MUCOSA AND SKIN IN MAXILLOFACIAL AREA.

Bibliography review.

Toktosunova S.A.

Kyrgyz-Russian University, Bishkek city,
Kyrgyz Republic, Department of Dental Surgery

Summary *This article presents a review on frequency and prevalence of the maxillofacial area requiring complex treatment including surgery, radiation therapy and chemotherapy. The article describes the changes, which are typical for the post-radiation stomatitis and dermatitis of the maxillofacial area, shows the treatment regimen of post-radiation damages.*

Keywords *malignant tumor of the maxillofacial area, radiation therapy, post-radiation stomatitis, post-radiation dermatitis.*

Частота лучевых осложнений в полости рта после внутритканевой и сочетанной лучевой терапии больных с злокачественными опухолями по данным различных авторов составляет от 6 до 82%. По данным ряда авторов [9,10] при таких злокачественных опухолях в основу исследования положены клинические наблюдения над 130 больными раком языка и дна полости рта, которым был применен сочетанный курс лучевой терапии. У 68% больных был выявлен плоскоклеточный ороговевающий рак у 23% - плоскоклеточный без уточнения степени дифференцировки и у 7,7% больных плоскоклеточный неороговевающий. Низкодифференцированный рак выявлен у 1,3% пациентов.[24,25]

Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области зачастую требуют комплексного лечения, требующих не только хирургического вмешательства, но и ионизирующего облучения и

химиотерапию[9,10,19]. Такое комплексное лечение может привести к тяжелому стоматиту и дерматиту с вовлечением в этот процесс всех составных компонентов полости рта: самой слизистой оболочки полости рта, малых и больших слюнных желез, кожи, костных структур с обязательными изменениями в зубах [4,6,7,11]. Это связано с тем, что являясь одним из самых биологически активных физиологических средств, лучевая терапия в первую очередь повреждающе действует на наиболее быстро и сходно с опухолью по темпу пролиферирующие нормальные ткани, в число которых входит эпителий полости рта и желудочно-кишечного тракта [17,18,20].

За последние годы значительно расширилось использование ионизирующего излучения, вследствие внедрения в практику различных модификаций.[14,15,24]. Клинические проявления осложнений могут быть самыми разнообразными. Разнообразие и сложность этих проявлений определяют трудности в подборе адекватного лечения.[10,20]. Большое внимание уделяется вопросам иммунологической реактивности онкологических больных, которым проводится лучевая и химиотерапия [9,10].

Течение осложнений в полости рта зависит от состоятельности иммунного ответа и от степени иммунодефицита. Последний считается одним из важнейших условий возникновения и клинического течения осложнений. У этих больных изучение выраженности иммунологических нарушений и динамики вторичного иммунодефицита получающих лучевую терапию остается на сегодняшний день не законченной.[9,10,24] Иммунологические исследования проводят двумя методами 1. Прямая и непрямая иммунофлюоресценция (РИФ).2. реакция розеткообразования. Применяют для выявления состояния Т- и В лимфоцитов. Проблема разработки клиничко-лабораторных методов прогнозирования ранней диагностики и адекватного лечения осложнений в полости рта у онкобольных, которым проводится лучевая терапия остается открытой [4,9,10,24].

Реакция слизистых оболочек на облучение начинается с гиперемии и отечности, нарастающих с увеличением дозы. Слизистая оболочка теряет свой блеск, кажется помутневшей или уплотненной за счет орогования эпителия.[8,10,15,16]. Затем наступает десквамация ороговшего эпителия; появляются одиночные эрозии, покрытые некротическим налетом — пленкой. Так возникают

островки пленчатого радиоплагиоэпителиита. Далее отторжение эпителиа принимает распространенный характер и очаги поражения соединяются. Возникает фаза сливного пленчатого эпителиита: на ярко-красном фоне определяется эрозированная поверхность, покрытая белым фибринозным налетом. Эпителизация эрозий занимает 10 — 15 дней, после чего некоторое время еще отмечаются отечность и гиперемия слизистой оболочки.

Лучевые реакции слизистых оболочек сопровождаются болевыми ощущениями [6,8,22]. При облучении полости рта болезнен прием пищи, при облучении глотки и пищевода возникает дисфагия, при облучении гортани наблюдается охриплость голоса [24,25]. На слизистой оболочке местные лучевые реакции проявляются в виде эритемы, очагового (островкового) и диффузного (сливного) эпителиита (радиомукозита). Все три стадии, как правило имеют место при проведении дистанционной гамма-терапии рака слизистой оболочки различных отделов рта [1,20,21]. Наиболее радиочувствительна слизистая оболочка боковых стенок ротоглотки [9,25]. Гиперемия, отечность, повышенное ороговение слизистой оболочки при продолжении облучения нарастают, появляются участки десквамации, эрозии, покрытые белесоватой пленкой, состоящей из фибрина и лейкоцитов (очаговый эпителиит) [2,3,4,5]. Основными факторами развития стоматита и дерматита следует считать геморрагический синдром в анамнезе, который способствовал возникновению изменений на СОПР и ее компонентов в 9,8% случаев, анемия 8,2% случаев, нейтропения — в 10,8% случаев, стоматит после проводимой лучевой и химиотерапии — 13,4% случаев [24,25]. Эрозивно-язвенные поражения развивались чаще на боковой поверхности языка в области дна полости рта и ретромолярной области т.е в местах, наиболее функционально активных. Основными клиническими проявлениями поражение СОПР у больных подвергавшихся лучевому воздействию является изменение ее цвета, отечность, атрофия, гемморагии. Изучения состояния СОПР у пациентов, которым была проведена лучевая терапия, позволило отметить большую выраженность основных симптомов и множественную их локализацию. [10,25]

Рентгеновское излучение является электромагнитным, фотонным. Для рентгеновского излучения максимум ионизации практически находится на поверхности кожи, а величина поглощенной дозы резко падает с глубиной. Гамма-излучение — электромагнитное излучение, которое

различается механизмом происхождения. γ -Кванты испускаются самопроизвольно и непрерывно естественными радиоактивными изотопами. Электронное излучение с энергией от 4 до 20 МэВ генерируется на линейных ускорителях. Для электронов с энергией 20 МэВ максимум располагается на глубине 5 см. [15,16]. Протонная лучевая терапия признана одним из перспективных направлений лучевого лечения. Свободные радикалы и оксиданты взаимодействуют с молекулами ДНК, вызывая многочисленные разнообразные нарушения ее структуры. [15,16,20,22]. Лучевое лечение злокачественных опухолей может быть радикальным, паллиативным и симптоматическим. Радикальное лечение предусматривает полное уничтожение первичного очага опухоли и возможных метастазов, а паллиативное замедление роста и развития опухоли, продление жизни больного. Симптоматическое лечение назначают для того, чтобы снять какие-либо тяжелые проявления опухолевого роста, например сдавливание опухолью прилежащих органов с развитием тяжелых функциональных расстройств [15,16]. При планировании лечения ряд авторов [9,15,], описывали использование нескольких методов воздействия на опухоль с учетом ее локализации, распространенности и гистологической дифференцировки, состояния здоровья, возраста больного. Если распространенность первичной опухоли и характер поражения регионарного лимфатического аппарата не позволяют удалить их хирургическим путем, проводили комбинированное лечение: предоперационный курс телегаммотерапии в дозе 40 Гр на очаг с включением в зону облучения регионарного лимфатического аппарата. [16,20]. Затем через 2–3 нед осуществляется хирургическое удаление первичной опухоли с одномоментным или отсроченным удалением пораженного регионарного лимфатического аппарата. При распространенных опухолях, глубоком поражении регионарного лимфатического аппарата, тяжелой сопутствующей патологии или отказе больного от оперативного вмешательства проводили телегаммотерапию как самостоятельный метод лечения в суммарной дозе на очаг 50–60 Гр либо химиолучевое лечение с использованием цисплатина, 5фторурацила. (5,16). В таблице №1 приведены дозировки облучения в зависимости от стадии заболевания и локализации опухоли [15,20].

Таблица №1

Стадия заболевания	Локализация	Лучевое лечение
I-II	Язык	0,34
	Дно полости рта	0,50
III	Язык	0,43
	Дно полости рта	0,23
IV	Язык	0,18
	Дно полости рта	0,14

К нарушениям ороговения относят паракератоз, гиперкератоз и дискератоз. Паракератоз — неполное ороговение связанное с потерей способности клеток эпителия вырабатывать кератогиалин. Зернистый слой отсутствует, роговой слой утолщается, а его клетки содержат палочковидные ядра. Клинически это проявляется помутнением эпителия. Гиперкератоз возникает в результате избыточного образования кератина, когда зернистый и шиповатый слои утолщаются, или вследствие задержки отшелушивания, когда зернистый, а иногда и шиповатый слои оказываются тоньше обычных. В основе гиперкератоза лежит интенсивный синтез кератина в результате повышения функциональной активности клеток эпителия. Клинически гиперкератоз проявляется побелением и утолщением эпителия. Дискератоз — патологическое ороговение отдельных эпителиальных клеток. Они становятся более крупными, округлыми; ядра интенсивно окрашены, цитоплазма эозинофильна, слегка зерниста. Такие клетки лишены межклеточных контактов, хаотично располагаются в большинстве слоев эпителия. При доброкачественном дискератозе наблюдается образование круглых телец и зерен в роговом слое. При злокачественном дискератозе происходит [17,19,20] ороговение незрелых и появление атипичных клеток, что характерно для болезни Боуэна и плоскоклеточного рака. Экссудативные изменения в эпителии являются следствием воспаления. К ним относят вакуольную дистрофию, спонгиоз, баллонизирующую дистрофию и акантолиз

(по механизму развития). Вакуольная дистрофия — это скопление жидкости внутри клеток шиповатого и базального слоев. Клетки увеличиваются в размере, ядро оттесняется к периферии, изменяет форму и размеры, затем ядро распадается, образуя одноклеточную полость. При слиянии нескольких таких полостей образуются полости большего размера. [4,6,8]. Вакуольная дистрофия — скопление жидкости в цитоплазме клеток шиповатого слоя; смещение ядер к периферии цитоплазмы, растягивает, а затем и разрывает межклеточные связи, заполняя образующиеся полости. Баллонизирующая дистрофия — очаговые изменения клеток шиповатого слоя, которые увеличиваются, округляются, приобретая вид шаров или баллонов. В результате колликвационного некроза такого участка эпителия образуются полости, заполненные экссудатом, в котором плавают гомогенные шаровидные клетки, напоминающие баллоны. Акантоз — это утолщение шиповатого слоя эпителия; удлинение эпителиальных тяжей., Акантолиз — расплавление межклеточных мостиков, ведущее к потере связи между эпителиальными клетками и образованию между ними щелей, а затем и пузырей. Потерявшие связь эпителиальные клетки уменьшаются в размере, округляются, содержат более крупные ядра, свободно плавают в содержимом пузыря. Эти клетки получили название акантолитических, или клеток Тцанка.

Гипертрофия эпителия — утолщение эпителиального слоя слизистой оболочки. В основе этого процесса лежит акантоз — удлинение междусосочковых выростов эпителия вследствие усиления пролиферации клеток базального и шиповатого слоев. Акантоз часто сочетается с папилломатозом. Папилломатоз — это разрастание межэпителиальных соединительнотканых сосочков и врастание их в эпителиальный слой.

В работе [9,10] была предложена методика лечения лучевых реакций с использованием медикаментозных средств и лазерного излучения. Использование лазеротерапии позволило добиться снижения сроков стихания лучевых реакций на 6-13 суток. Комплексное лечение лучевых повреждений с использованием лазеротерапии и медикаментозных средств сокращает сроки полной их эпителизации с 5 до 3-х месяцев у 74,2% больных, в отличие от медикаментозной терапии, при которой восстановление эпителия происходит в 68,8% наблюдений. Применение апитоника является эффективным лечением в заболеваниях слизистой оболочки полости рта. Выбор апитоника

для использования в стоматологии основан на том, что он содержит наиболее важные биологически активные вещества пчел, маточное молоко, пыльца обножка, прополис. Сильным биологическим стимулятором всех видов обмена является маточное молочко, что важно для регенеративных процессов адаптации к неблагоприятным внешним и внутренним факторам среды, оказывает антиоксидантное и антиоксидантное действие [13,14]. Сочетание иммуномодулирующих и антибактериальных свойств маточного молочка способствует уменьшению и прекращению воспалительного процесса, в частности слизистой оболочки полости рта, и повышению иммунитета. Кроме того, было предложено лечение стоматита, с использованием комбинированного лечения после проведения лучевой терапии, с использованием гипохлорита натрия 0,03%, иммуностимулятора Алфита, аэрозольного антибиотика Биопарокса и САП (солкосерил адгезивная паста). Такая комбинация позволяет не только сократить сроки лечения, но и улучшить качество жизни больных.[10,24]. По данным авторов [14,19] при остром катаральном стоматите, возникающем под влиянием короткофокусной рентгенотерапии, применяемой для лечения предраковых и раковых заболеваний необходимо назначить растительные средства, обеспечивающие поступление в организм и очаг поражения витаминов и других биологически активных веществ: настой шиповника коричневого, смородины черной, земляники лесной (по 150-200 мл три раза в день за неделю до начала лечения и в течении всего курса лечения). При развитии острого катарального стоматита используют аппликации масла персикового, облепихового. Также по другим авторами [13,24] предложено лечение лучевого стоматита, назначают ирригации полости рта растворами биомидина (100000 ЕД в 20 мл воды), 1 % цитралевой эмульсией. Рекомендуют примочки из пенициллина, биомидина, синтомицина, эмульсии. Специфические средства: адреналин (2:100) в виде орошений с глюкозой, а также под кожу 1 мг адреналина (раствор 1:100); марганцовокислый калий в виде полосканий; 1% раствор перекиси водорода.

Выводы: Таким образом, злокачественные опухоли челюстно-лицевой области неизбежно приводят к образованию постлучевых стоматитов и дерматитов. Морфологические и иммунологические изменения происходящие в тканях обуславливают сложность течения этой патологии. Дальнейшее изучение этой проблемы

позволяет повысить эффективность лечения больных с постлучевыми стоматитами и дерматитами, уменьшить страдания больных и ускорить сроки их реабилитации.

Список литературы.

1. Алиев, М.М. Апоптоз как морфологический критерий оценки степени поражения слизистой оболочки полости рта и лейкоцитов периферической крови у больных с язвенным стоматитом / М.М. Алиев // Клиническая стоматология. - 2009. - № 3. - С. 30-31.
2. Артюнов С.Д., Петрова Л.В., Перламутов Ю.Н. Заболевания слизистой оболочки рта и губ// Учебное пособие.-2006.- С.208
3. Брусенина Н.Д., Волков Е.А., Гемонов В.В., Гришина. Заболевания слизистой оболочки полости рта // Учебник для вузов- М-Медиа 2005 г. С. 288
4. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология.-2-е издание.- М., 2004 г.-С.840
5. Bengel W. Дифференциальная диагностика заболеваний слизистой оболочки полости рта./ WBengel //Квинтэссенция.: Международный стоматологический журнал. 2005 г №1. С.37
6. Быков В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека.//Учебное пособие.-М-Медицина 1999г.С.248.
7. Гажва С.И., Казарина С.Ю., Кочнева Ю.Н., Лившиц Ю.Н. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ // Учебное пособие для сист. послевуз. образ. врачей –Н. Новгород НГМА, 2004 г С.264
8. Данилевский Н.Ф., Леонтьев В.К., Несин А.Ф. Общая морфологическая характеристика патологических изменений слизистой оболочки полости рта.//Учебное пособие.-М-Медиа 2004 г. С 113.
9. Дунаевский В.А., Шеломенцев Ю.А. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли слизистых оболочек полости рта.// Учебник для вузов.-Ленинград – Медицина, 1986 г.С 185.
10. Друцэ И.В. Лучевые реакции после лучевой терапии рака языка и дна полости рта.// Российский онкологический журнал.-1988г.-№2.-С.43-49.
11. Иванова М.А. Повреждения слизистой оболочки полости рта после применения лучевой терапии и цитостатиков.// Российский онкологический журнал.-2001г.-№1-С.33-38.
12. Иорданишвили К.Н. Заболевания пародонта и слизистой оболочки полости рта.//Учебное пособие.-М-МЕДпресс-информ, 2008 г. С.344.
13. Котов К.С., Узбекова Д.Г. Лечение слизистой оболочки полости рта //Российский стоматологический журнал.-2008г №2.-С.5.
14. Ласкарис Д.В. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта.// Руководство для врачей.-М-Медицинское информационное агентство, 2006г. С 304.
15. Линденбрантен Л.Д., Королюк И.П. Медицинская радиология.// Учебное пособие.-М-Медицина 2000г. С.664.
16. Линденбрантен Л.Д., Лясс Ф.М. Медицинская радиология.//Учебное пособие.-М-Медицина 2002г.С.267.
17. Луцкая И.К. Предраковые заболевания красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.// Учебное пособие.-М-Медицина 2006г.С.134.
18. Пачес А.И., Ольшанский В.О., Любаев В.Л. Злокачественные опухоли полости рта, глотки, гортани.//Учебное пособие.- М-Медицина 1988г.С.304.
19. Рабинович, О.Ф. Методы диагностики и местного лечения заболеваний слизистой оболочки рта (красный плоский лишай, рецидивирующий афтозный стоматит, декубитальные язвы)//Российский стоматологический журнал.-2005г.-№2.-С.25-28.

20. Соловьев М.М. Рак слизистой оболочки полости рта и языка (резервы улучшение результатов лечения. // Практическая онкология.-2003г.С.87.
21. Трезубов.В.И., Мишнев Л.М., Соловьев М.М. Диагностика в амбулаторной стоматологии.// Учебное пособие .М-Медицина 2000г.С.167.
22. Терновой С.К., Сеницын В.Е.. Лучевая диагностика и терапия //Учебник для вузов.М-Медицина 2008г.С.367
23. Терновой С.К., Шехтер А.И.. Общая лучевая диагностика. Том 1//Учебник для вузов.М-Медицина 2009г.С.245.
24. Турнина Л.П. Медикаментозная терапия в комплексном лечении стоматитов полости рта.//Российский стоматологический журнал.-2008г.-№1-С.36-39
25. Чисов В.И., Киселева Е.С. Комбинированное и комплексное лечение больных со злокачественными опухолями.//Учебное пособие для врачей.М-Медицина.1999г.С.560.

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА
ПСИХОСЕНСОРНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ
ПРИ ОПЕРАЦИЯХ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ С
ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ У
БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ**

Базарбаев Н.Р., Бакиев Б.А.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им.И.К. Ахунбаева, МЦ «Нурали»

Резюме: Представлены результаты хирургического лечения хронических периодонтитов у 578 пациентов с гипертонической болезнью с применением методов психосенсорного обезболивания. Отсутствие осложнений и значительная эффективность инновационных методов психосенсорного обезболивания определяют положительные результаты. **Ключевые слова:** психосенсорное обезболивание, периодонтит, гипертоническая болезнь, лечение.

**ГИПЕРТОНИЯЛЫК ООРУ МЕНЕН ООРУГАН
БЕЙТАПТАРДЫН ӨНӨКӨТ ПЕРИОДОНТИТ
МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН ТИШТЕРИН
ЖУЛУУДА ПСИХОСЕНСОРДУК ЫКМАНЫ
КОЛДОНУУ**

Базарбаев Н., Бакиев Б.А.

И.К.Ахунбаев атындагы КММАнын хирургиялык стоматология жана жаак бет хирургия кафедрасы, “Нурали” МБ.

Корутунду. Гипертониялык оору менен ооруган 578 бейтаптын өнөкөт периодонтитин психосенсордук оорутпоо ыкмасын колдонуу аркылуу хирургиялык жол менен дарылоонун

*жыйынтыктары берилди. Психосенсордук оорутпоо ыкмасын колдонууда кабылдап кетүүлөр болбостон, маанилүү оң натыйжаларды берди. **Негизги сөздөр:** психосенсордук оорутпоо, периодонтит, гипертониялык оору, дарылоо.*

**APPLICATION OF A METHOD OF
PSYCHOTOUCH ANESTHESIA AT
OPERATIONS OF REMOVAL OF TEETH WITH
CHRONIC PERIODONTITIS AT PATIENTS
WITH A HYPERTENSIVE ILLNESS.**

Bazarbayev N. R. Bakiev B.A.

Chair of surgical stomatology and maxillofacial surgery of KGMA of I.K.Akhunbayev, MTs "Nurali"

Summary: Results of surgical treatment of chronic periodontitis at 578 patients by a hypertensive illness with application of methods of psychotouch anesthesia are presented. Lack of complications and considerable efficiency of innovative methods of psychotouch anesthesia define positive results.

Keywords: psychotouch anesthesia, periodontitis, hypertensive illness, treatment.

Введение Актуальной задачей современной стоматологии является сохранение жевательного аппарата человека. Однако в процессе жизнедеятельности в его организме могут развиваться патологические процессы, при которых сохранение зуба может явиться нецелесообразным ввиду развития в последующем гнойно-воспалительных осложнений, нередко представляющих угрозу жизни больного (флегмона, сепсис, медиастенит, менингит, тромбофлебит и др.) (1,4,5,9,10,15,17,21,24,25). Обращаемость больных к стоматологу с периодонтитами не имеет тенденции к уменьшению и достигает до 40 %. Удаление зуба – хирургическая операция поэтапного механического воздействия на дентоальвеолярную область специальными инструментами с последующим извлечением зуба из альвеолы. Необходимым условием хирургического вмешательства – операции удаления зуба у больных является ее минимальная травматичность и полная безболезненность (6,16,18,19). Психоэмоциональный дискомфорт и болевой фактор, связанные с выполнением стоматологических вмешательств, вынуждают пациентов избегать или отказываться от своевременного лечения, особенно это важно при

наличии сопутствующих заболеваний (7,12,13,14,22,26). Известно, что абсолютное большинство взрослых пациентов (82-95%) реагируют повышением артериального давления (АД) на факт посещения ими стоматолога. В большинстве случаев она является физиологическим ответом на психоэмоциональное напряжение и квалифицируется как реактивная гипертензия. Однако у 20% больных диагностируется первичная или вторичная артериальная гипертензия (АГ), нередко приводящая к развитию гипертонического криза, поражающего ряд органов-мишеней и требующего оказания неотложной помощи (11,13,14). Основным средством решения проблемы обезболивания при выполнении операции удаления зуба продолжает оставаться местная анестезия. Однако, общепринятые средства и методы обезболивания, несмотря на их постоянное совершенствование не могут полностью удовлетворить требования для оказания качественной хирургической стоматологической помощи (2,8,20,23). Необходимо помнить, что большинство карпулированных современных анестезирующих средств содержат в своем составе катехоламины, оказывающие сосудосуживающее действие с целью усиления и пролонгации эффекта обезболивания. Однако их использование противопоказаны больным с АГ, пороками сердца, при тяжелой форме сахарного диабета в стадии декомпенсации и т.п. (3,27).

Таким образом, недостаточная эффективность местной анестезии при большинстве стоматологических вмешательствах, резкое расширение круга лиц с сердечно-сосудистой патологией и непереносимостью существующих лекарственных анестетиков, а также шаблонное применение методов инъекционного обезболивания без учета психоэмоционального состояния и сопутствующей патологии пациента определяют актуальность поставленной задачи по разработке и внедрению в практику здравоохранения инновационных технологий обезболивания.

Целью работы явилась научное обоснование и внедрение оптимальных способов психосенсорных методов обезболивания у больных с гипертонической болезнью при хирургическом лечении хронических периодонтитов.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 578 пациентов с хроническим периодонтитом, которым были удалены различные зубы под

психосенсорным методом обезболивания, среди них мужчин - 283, женщин - 295. Были удалены от одного до трех зубов и их корней (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по удаляемым зубам

№ п/п	Зубы челюсти	1	2	3	4	5	6	7	8	Всего
1	Верхняя челюсть	7	11	9	76	63	151	140	38	495
2	Нижняя челюсть	21	17	19	60	57	129	103	29	435
	Итого	28	28	18	136	120	280	243	67	930

Из приведенной таблицы видно, что у 578 больных были удалены 930 зубов в примерно одинаковом количестве с верхней и нижней челюстей. Среди них 167 пациентам были удалены по 3 зуба, а 285 пациентам удалены по два зуба.

Нами было замечено, что пациенты с хроническим верхушечным периодонтитом перед удалением зуба особых беспокойств не проявляют, дыхание ровное, спокойное, признаков волнений нет. Наблюдение над большим количеством больных данной группы показало, что в предоперационном периоде и во время краткосрочного операционного вмешательства частота дыхания существенно не меняется.

Перед проведением психосенсорного (экстрасенсорного) обезболивания измеряли частоту сердечного сокращения, которое равнялось у основного контингента обследуемых (493) $75-80 \pm 7$ ударов в минуту. У 85 пациентов в этот же период отмечалось учащение сердечного сокращения на $10-15 \pm 5$ ударов в минуту, что, по-видимому, объясняется небольшим эндогенным выбросом катехоламинов, перед ожидаемой операцией удаления зуба.

Тщательное измерение и анализ уровня АД показало, что у 371 обследуемого лица (1 группы) АД соответствовало их возрасту (120-140 на 80-100 мм р.ст.). 58 человек (2 группа) сообщили, что у них имеется ГБ 1 стадии. У них АД повышалось в период эмоционального напряжения или на время влияния отрицательных внешних раздражителей и возвращалось в норму без какой-либо лекарственной терапии после нормализации эмоционального состояния. У данной категории больных предоперационное давление было выше на $10-15 \pm 5$ мм р. ст. по сравнению с предыдущей группой больных. Они от каких-либо терапевтических мероприятий отказались и

спокойно садились в кресло для удаления зубов под психосенсорной анестезией (I стадия ГБ).

79 человек (III группа) при сборе анализа отметили, что у них имеется ГБ II стадии, то есть АД постоянно повышено, но уровень его неустойчив. Под влиянием положительных эмоций и щадящего режима труда и отдыха АД нормализуется на длительное время (4-6 месяцев), иногда возникают сосудистые кризы, купирующиеся медикаментозной терапией.

Перед приглашением в стоматологическое кресло им измеряли АД, которое соответствовало 180-140/140-100 мм р. ст. Состояние при таком уровне АД для многих из них было знакомо. И они от какой-либо медикаментозной коррекции отказались, сославшись на то, что они сами при необходимости регулируют свое давление согласно рекомендациям, данным лечащим врачом (III стадия ГБ).

У остальных 70 больных (IV группа) значительное стойкое повышение АД (220-180/160-140 мм р. ст.), что отмечено как ГБ III стадии (фаза А) компенсированная. Данная группа больных перед удалением зуба под экстрасенсорным обезболиванием была проконсультирована их лечащими врачами и к удалению приступили после их медикаментозной коррекции при необходимости.

Кроме того, всем больным с хроническим периодонтитом произведена электроодонтометрическая (ЭОД) диагностика удаляемых зубов до психосенсорного воздействия. Полученные данные указывали, что во всех случаях электровозбудимость достигала 200 МкА. А рядом стоящие интактные зубы давали результаты, соответствующие состоянию здорового зуба. Нами отмечено, что психосенсорное обезбоживание и удаление зуба под этой анестезией занимают краткосрочное время, достигающее от 0,5 до 1 минуты. За это время осуществляется сам процесс обезбоживания, моментальное удаление зуба и одновременный подсчет дыхания не представляется возможным, тем более, что хирург в это время дает пасс-указание, регулирующее дыхание. Поэтому у этой группы больных дальнейший подсчет дыхания мы посчитали нецелесообразным.

Результаты и обсуждение

Первая группа больных с АД, соответствующим их возрасту (140-120/100-80 мм р. ст.) с хроническим периодонтитом составила 371 человек. Показаниями к удалению зубов была необходимость санации полости рта. Учитывая

отсутствие осложнений ГБ и благоприятный предоперационный психоэмоциональный настрой на не медикаментозное обезбоживание у этой группы больных, мы решили применить экстрасенсорный метод обезбоживания. Пациентам предварительно давалась информация о том, что доктор обладает сильно развитым природным даром экстрасенсорной энергии, и удаление зуба происходит без болевых ощущений, с гладким послеоперационным течением. Такая информация передается, прежде всего, живой цепью людей, которым ранее удалялись зубы с использованием данного обезбоживания; во-вторых, очень демонстративным является отсутствие криков, стонов и других отрицательных звуков из кабинета; в-третьих, если у выходящих больных глаза не заплаканные, лицо, не покрасневшее и вид не замученный, то успех вашей дальнейшей работы обеспечен. Немаловажное значение имеют наличие различных сертификатов внедрения в различных странах, наличие научно-обоснованной настенной агитации и положительные отзывы больных в журнале отзывов и пожеланий. Особый успех обеспечивают выступления на телевидении, в прессе в пользу данного стоматолога, успешно использующего психотерапевтические методы обезбоживания. Затем больному демонстрировали «направление и концентрацию энергии в руке» врача. После этого врач подводит руку к области кожи больного зуба на расстоянии 1-2 см, больные при этом ощущают тепло, покалывание и другие приятные ощущения, что еще больше убеждает пациента в наличии высокой экстрасенсорной энергии у врача. Пасс осуществляется по часовой стрелке в течение 20-30 секунд, после этого осуществляется плацебо - проба отслоения круговой связки, при абсолютной ее безболезненности удаляется зуб.

Удаление данной методикой 548 зубов у 371 человек показало, что у 98% больных удаление происходило в условиях полного обезбоживания (2 балла +++), и у двух больных анестезия нами оценивалась как (++) - 1 балл из-за незначительной болезненности операции удаления зуба. Измерение АД после операции удаления зуба показало удивительную стабильность по сравнению с предоперационным давлением и составило 120-140/80-100 мм р.ст.

Ко второй группе отнесены 58 человек, у которых отмечалась III стадия ГБ. Поскольку у этих больных в момент эмоционального напряжения под влиянием отрицательных раздражителей АД повышается, мы максимально

пытались снизить эти отрицательные влияния, используя все существующие словесные убеждения врача, окружающих пациентов и данных научного обоснования положительных влияний этого вида обезболивания при данной анестезии. После такой предоперационной психотерапевтической подготовки больные спокойно относились к предстоящему вмешательству во рту, и, садясь в кресло, были абсолютно спокойны и уверены в успехе операции удаления зуба. У 58 человек этой группы был удален 101 зуб под анестезией, вызванной вышеописанной экстрасенсорной методикой. У всех больных удаление причинного зуба прошло в условиях 100% двухбалльного (+++) обезболивания.

Измерение АД во время сеанса экстрасенсорной анестезии и непосредственно после операции удаления зуба показали идентичные результаты и совпадали с исходным уровнем давления (140-160/100-140 мм р. ст.).

Третью группу больных составили 79 человек, у которых диагностирована ГБ II стадии, а АД было постоянно повышенным и уровень его был неустойчив. Поэтому, зная о положительном психотерапевтическом воздействии на установление АД, предоперационную психологическую подготовку всем больным начали с беседы лечащего врача с больным, которому затем удалялся зуб или несколько зубов. Пациентов знакомили с многочисленными отзывами благодарных пациентов, с научно-обоснованными результатами. После такой подготовительной установки были предложены всем больным препараты, снижающие АД. Пациенты отказывались от лекарств в таблетках, но соглашались при необходимости на инъекционное введение гипотензивных средств.

Несмотря на хорошую предоперационную психологическую подготовку больных к предстоящему вмешательству мы решили использовать каталептический метод, основанный на внушении наяву. Уверенным тоном давалась "установка" на онемение и проводились пассы в область удаляемого зуба. При сохранении круговой связки зуба в этот момент осуществлялась ее отслоение, было проведено исследование на подготовленность к операции удаления зуба. Появившееся "оцепенение" или "онемение" испытываемое больным относилось к явлению каталепсии, возникающему на 2 стадии гипнотического состояния. В этот момент мы осуществляли конечную фазу действия - удаление зуба (зубов).

У всех 79 больных метод каталепсии дал нам полное обезболивание зубочелюстной системы с оценкой 2 балла (+++). В использовании этой методики существенное значение имеет предоперационная психотерапевтическая подготовка больного и умелая работа хирурга-стоматолога.

Четвертую группу составили 70 человек со значительным стойким повышением АД (180-220/140-160 и выше мм рт. ст.), которые требовали особой предоперационной подготовки (ГБ III стадии). Прежде всего, эта группа больных в обязательном порядке была проконсультирована лечащим врачом на предмет возможности удаления зуба при наличии абсолютного показания. Получив письменное разрешение на удаление зуба, а также данные об АД на данный момент и рекомендации по его медикаментозной коррекции приступали к предоперационной психотерапевтической подготовке больного. Кроме обычной подготовки, мы предлагали больным присутствовать в хирургическом кабинете во время оперативного вмешательства у других больных с их согласия, или длительную беседу с больными, только что перенесших удаление зуба. Такая психологическая подготовка больного на основании увиденного и услышанного давали свои положительные результаты - больные даже без приглашения заходили в кабинет и садились в кресло. Предварительно выполнив назначения лечащего врача-терапевта по введению гипотензивных средств, приступали к психосенсорному воздействию в индивидуальном порядке. Учитывая, что общее состояние и возраст (преимущественно средний, пожилой) больного, мы без метода проб и ошибок приступали к обезболиванию с использованием дыхательного и комбинированного метода психосенсорного обезболивания.

При использовании дыхательного метода давалась инструкция дышать спокойно, четко, сделать несколько обычных для пациента вдохов и выдохов. Во время вдоха осуществлялась проба на обезболивание путем имитации отслоения и отслоения круговой связки зуба (при ее сохранности), при отсутствии болевой реакции на этот этап вмешательства удалялся зуб. Если во время имитации отслоения или отслоения круговой связки зуба появлялась болевая реакция, то переходили к комбинированному методу психосенсорного обезболивания.

Суть комбинированного метода заключалась в том, что врач путем непосредственного контакта с

кожей в области удаляемого зуба и похлопыванием по ней, уверенным голосом считал до пяти при открытом рте. В большинстве случаев (68) удаление зуба под этой "анестезией" прошло без малейших признаков боли. В данном случае контакт ладони врача с кожей пациента, похлопывание и счет до пяти уверенным голосом, на фоне предоперационной подготовки способствовало возникновению транса, что позволило безболезненно завершить удаление зуба.

Измерение АД в этот же период отклонений от предварительных данных не обнаружило.

Таким образом, психосенсорные методы обезболивания при удалении зубов с хроническим периодонтитом являются эффективными способами анестезии при условии выбора индивидуального метода в зависимости от соматического состояния больного.

Выводы

1. В тех случаях, когда АД было в пределах возрастной нормы или имела место гипертоническая болезнь I стадии показано использование метода гипнотической анестезии. Указанное утверждение, подтверждается данными клинического наблюдения за поведением больных и контролем АД в момент оперативного вмешательства.

2. Удаление зубов с хроническим периодонтитом у лиц III группы (ГБ II стадии) целесообразно проводить с хорошей предоперационной психотерапевтической подготовкой и с использованием каталептического метода обезболивания. В предоперационную подготовку целесообразно включать гипотензивные средства по рекомендации лечащего врача.

3. Лица с гипертонической болезнью III стадии (IV группа) при удалении зубов под психосенсорным обезболиванием требуют особого внимания, как со стороны лечащего врача-терапевта, так и со стороны хирурга. Во всех случаях должны быть подготовлены гипотензивные препараты в инъекциях. Для этой группы больных основным показанием психосенсорного воздействия при удалении зубов явилось лекарственная аллергия в виде различных аллергических реакций на введение анестетика.

1. Агапов В.С., Арутюнова С.Д., Шулаков В.В. Инфекционные воспалительные заболевания ЧЛЮ. – М. – Мед. информ. агентство. - 2004. -184 с.
2. Анисимова Е.Н. Клиническое обоснование выбора средств для местного обезболивания при амбулаторных стоматологических вмешательствах: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. / ММСИ. – М., 1998. – 32 с.

3. Анисимова Е.Н., Зорян Е.В., Шугайлов И.А. Особенности действия карпулированных местных анестетиков и их сочетаний с вазоконстрикторами // Стоматология. – 1997. - Т. 76, №6. - С. 25-29.
4. Бажанов Н.Н., Козлов В.А., Робустова Т.Г. и др. Состояние и перспективы профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области // Стоматология. – 1997. - №2. – с.15-19.
5. Бакиев Б.А. Современные аспекты комплексного лечения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Бишкек. - 2011. – 38с.
6. Бакиев Б.А., Шаяхметов Д.Б., Юлдашев И.М. и др. Практикум по пропедевтике хирургической стоматологии: Методическое пособие. - Бишкек: изд-во КРСУ, 2007.-107с.
7. Бизяев А.Ф. Обезболивание у больных с сопутствующей патологией при проведении операций в условиях стоматологической поликлиники: Автореф. дис. ... докт. мед.наук. / ММСИ. – М., 1989. – 30 с.
8. Бизяев А.Ф., Пивоваров А.Н. Оценка местноанестезирующего действия димедрола при амбулаторных стоматологических операциях у больных с лекарственной аллергией // Стоматология. – 1988. – Т. 67, №2. – С. 41-43.
9. Груздев Н.А., Острая одонтогенная инфекция. – М., Медицина, 1978. - 188 с.
10. Губин М.А., Чирко Е.И., Харитонов Ю.М. Диагностика и лечение одонтогенного медиастинита. // Вест. Хирургии. – 1996. - №3. – с.12-15.
11. Ермолаева Л.А. Психофизиологическая диагностика и коррекция клинических проявлений страха в стоматологии как основа нового подхода к профилактике осложнений в условиях медицинского страхования: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – СПб., 1995. – 34 с.
12. Жартыбаев Р.Н. Совершенствования оказания стоматологической помощи больным с сахарным диабетом в республике Казахстан: Автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук. – Алматы. - 2004. – 46с.
13. Зорян Е.В., Рабинович С.А., Анисимова Е.Н., Лукьянов М.В. Особенности оказания стоматологической помощи пациентам с факторами риска. - М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1997. – 28 с.
14. Ивасенко П.И., Вагнер В.Д., Скальский С.В. и др. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике. - Н. Новгород: изд-во НГМА, 2000. – 96 с.
15. Козлов В.А. Одонтогенный медиастинит. //Стоматология. – 2006. - №3. – с.30-34.
16. Мамытова А.Б., Шаяхметов Д.Б. Хирургическая стоматология: Учебное пособие.- Бишкек: изд-во КРСУ, 2009.- 131с.
17. Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. – М.: Мед. пресс., 2003. – 230 с.
18. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М.: «Медпресс», 2001. -160 с.
19. Таганиязова А.А. Оптимизация диагностических и лечебных программ осложненных форм острых одонтогенных воспалительных заболеваний у детей с учетом региональных особенностей: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Алматы. - 2009. – 39с.
20. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – Киев: Червона - Рута. – Турс. – 2004. – 1061 с.
21. Тыналиев У.А. Комплексное лечение острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации у детей с применением рапина. Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Бишкек. – 2002. – 24 с.

22. Шайда Л.П., Лампусова В.Б., Бодякина Э.А., Стягайло С.В. Проведение местной анестезии у пациентов группы риска // *Стоматология сегодня*. – 2002. - № 6(9). - С. 10-11.
23. Шаяхметов Д.Б., Бакиев Б.А., Курамаева У.К. Краткий курс пропедевтики хирургической стоматологии: Учеб. Пособие: В 2 ч. Ч.1.- Бишкек: изд-во КРСУ, 2007.- 148с.
24. Dia-Tine S., Favre Y., Kone L. et al., Pterygo – cavernous thrombophlebitis and temporo – mandibular ankylosis in dental infections // *Dacar – Med.* – 1993. – Vol.38. - №1. – P. 89-91.
25. Garatea – Grelgo J., Gay – Escoda C. Mediastinitis from odontogenic infection (Int.) *oral maxillofacial. Surg.* – 1991. - Vol. 20. – P.65
26. Knoll-Kohler E., Knoller M., Brandt K., Becker J. Cardiohemodynamic and serum catecholamine response to surgical removal of impacted mandibular third molars under local anesthesia: a randomized double-blind parallel group and crossover study // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 1991. – Vol.49, N 9. – P.:957-62.
27. Lipp M., Dick W., Daublander M., Fuder H., Stanton-Hicks M. Exogenous and endogenous plasma levels of epinephrine during dental treatment under local anesthesia // *Reg. Anesth.* – 1993. – Vol.18, N 1. – P.6-12.

VII ОФИЦИАЛЬНАЯ ХРОНИКА

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ 70 ЛЕТ!



Султанбаева Саламат Улукмановна родилась в г. Нарын Кыргызской Республике в 1942 году. С 1949 по 1960 годы обучалась в средней школе им.Чкалова г. Нарын и в 1961 году поступила в Одесский Государственный мединститут имени Н.И. Пирогова, который успешно закончила в 1965 году. В этом же году была зачислена в клиническую ординатуру на кафедру стоматологии при Кыргызском Государственном медицинском институте. В 1967 году была назначена ассистентом кафедры стоматологии в должности которой проработала до 1983 года.

В 1976 году работая ассистентом защитила кандидатскую диссертацию и в 1983 году ей было присвоено звание доцента.

В 1985 году была назначена исполняющим обязанности, а затем на конкурсной основе прошла заведующей кафедрой ортопедической стоматологии КГМИ.

В 1993 году успешно защитила докторскую диссертацию в г. Москве и в 1995 году ей было

присвоено ученое звание профессора по кафедре ортопедической стоматологии Кыргызской Государственной академии.

В 1999 году была переведена на должность заведующего кафедрой стоматологии в Республиканский центр непрерывной подготовки медицинских и фармацевтических работников, где она проработала до 2002 года.

В связи с переездом в г. Карабалта в настоящее время работает в Карабалтинском медучилище, где она преподает и читает лекции будущим зубным врачам и техникам по терапевтической и ортопедической стоматологии.

Под руководством Султанбаевой Саламат Улукмановны подготовлено 21 кандидат и докторов наук, многие из них занимаются подготовкой научных кадров в Республике.

Ею совместно с сотрудниками стоматологического профиля издано 5 монографий 36 учебных пособий для врачей стоматологов и студентов и 295 методических разработок для врачей интернов и студентов.

Она была редактором многих научных и учебных пособий для студентов и врачей-стоматологов. Ею сделано 3 изобретения и 24 рационализаторских предложения. В настоящее время она является консультантом двух докторских диссертаций. В целом ею опубликовано более 250 научных работ в Кыргызстане, в ближнем, а так же в дальнем зарубежье.

Награждена 23 почетными грамотами МЗ Кыргызской Республики и КГМА. Награждена значком «Отличник здравоохранения» МЗ СССР.

Саламат Улукмановна Султанбаева является выдающимся врачом стоматологом, высококвалифицированным специалистом, научным деятелем нашей страны, доброй мамой, заботливой бабушкой и просто очень хорошим Человеком, которую все любят и уважают.

Дорогая Саламат Улукмановна, от всей души стоматологическая общественность Кыргызской Республики, Ваши коллеги, ученики поздравляем с юбилеем! Здоровья Вам крепкого, успехов в труде, счастья и долгих лет жизни!

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ 70 ЛЕТ !



АМИРАЕВУ Убайдилле Амираевичу – 70 лет

Родился 29 апреля 1942 году в селе Уч-Коргон Манасского района Таласской области Кыргызской Республики.

Во время учебы в школе был организатором кружка самодеятельности, сам исполнял главные роли в пьесах, участвовал в кукольном театре школы, пел, активно занимался спортом.

В 1963 году окончил одиннадцатилетнюю школу в селе Кировка Кировского района Таласской области и поступил на стоматологический факультет Кыргызского государственного медицинского института. В 1968 году после окончания стоматологического факультета КГМИ был оставлен в клинической ординатуре, который окончил досрочно за 1 год и на конкурсной основе в 1969 году поступил в целевую аспирантуру на кафедру ортопедической стоматологии (зав. кафедрой заслуженный деятель науки РСФСР, доктор медицинских наук, профессор В. Ю. Курляндский) Московского медицинского стоматологического института (ныне Московский государственный медико-стоматологический университет). После успешного окончания аспирантуры в ММСИ и досрочной защиты кандидатской диссертации на тему: «Обоснование к использованию депульпированных зубов в несъемном протезировании» в 1972 году начал трудовую деятельность ассистентом на кафедре терапевтической и ортопедической стоматологии Кыргызского государственного медицинского института.

За время преподавательской работы зарекомендовал себя с положительной стороны, читал лекции и проводил занятия со всеми курсами студентов факультета, много лет работал старшим куратором в общежитии № 5 КГМИ, в строй отрядах и сельхоз работах назначался старшим руководителем, где постоянно перевыполнялся социалистический план. Доктор Амираев У. А. научно подкован, знает свой предмет, грамотный клиницист, специалист высшей категории, владеет всеми видами ортопедического лечения стоматологических пациентов.

С 2003 года доцент кафедры ортопедической стоматологии КГМА им. И. К. Ахунбаева.

2008 году подытожив многолетний клинический опыт, защитил докторскую диссертацию на тему «Этиопатогенетические аспекты и методы коррекции непереносимости металлических зубных протезов в полости рта». Подготовил 1 кандидата наук, имеет соискателей, обучает врачей-интернов и клинических ординаторов.

В совершенстве владеет своей профессией, за ортопедической помощью к нему обращаются пациенты со всех уголков нашей республики, а также из соседних республик.

Постоянно повышает свой педагогический и профессиональный уровень, выступает на конференциях и заседаниях ассоциации стоматологов КР., РК., Москвы и в прениях. Свой педагогический и профессиональный-клинический опыт передает молодому поколению. Постоянно информирует студентов последними мировыми достижениями в области практической и теоретической стоматологии.

Амираев У. А. активно участвовал в организации диссертационного Совета по защите кандидатской диссертации, 4 года был ученым секретарем Совета, в настоящее время является заместителем председателя диссертационного Совета.

Убайдиллу Амираевича отличает большое трудолюбие и энергичность, высокая требовательность, он дисциплинирован и требователен к себе и своим окружающим. Благодаря этим качествам он снискал особое уважение в обществе, он человек слово. Пользуется заслуженным уважением среди коллег, студентов и пациентов.

Доктор Амираев У. А. имеет 5 свидетельств на изобретение, 22 рационализаторских предложений, около 160 научных статей и трудов, в том числе 8 методических разработок, 13 учебных пособий для

студентов стоматологического факультета и для врачей стоматологов. На русском языке: «Конструирование цельнолитых бюгельных зубных протезов» (1994) в соавторстве с Султанбаевой С. У.; «Ортопедическое лечение съёмными пластиночными протезами» (1994) в соавторстве с Султанбаевой С. У.; «Клиника заболеваний твердых тканей зубов и методы лечения» (1994) в соавторстве с Султанбаевой С. У.; «Клиника и протезирование дефектов зубных рядов» (2001, 2006) в соавторстве с Рузуддиновым С. Р.; «Протезирование беззубых челюстей» (2001, 2012); «Пропедевтика ортопедической стоматологии» (2011) в соавторстве с Рузуддиновым С. Р. и др.; а также написаны учебные пособия на кыргызском языке: «Стоматологиялык терминдердин орусча-кыргызча сөздүгү» (2005, 2009); «Тиш салуунун техникасы» 480 страниц (2009) в соавторстве Амираевым Р. У., Амираевой Д. У.; «Ортопедиялык стоматология» 470 страниц (2010); «Ортопедиялык стоматологияда колдонулуучу материалдар» 267 страниц 267 страниц в соавторстве с Амираевым Р. У., Амираевой Д. У. (2011). Необходимо сказать, что все расходы за печатания в компьютере, редактору, корректору, за типографические услуги, изданных учебных пособий оплатил сам автор.

Кроме того с 1972 года на кыргызском языке в журнале «Ден соолук» им написано 35 научно-популярных статей на стоматологические темы и выпущено 10 брошюр в Республиканском Доме Санитарного Просвещения также на стоматологическую тему.

Впервые в Средней Азии и Казахстане Амираевым У. А. в 1995 году предложена классификация дефектов зубных рядов при вторичной частичной адентии.

Награжден правительственными наградами: в 1985 году значком «Отличник Здравоохранения СССР», в 2000 году – «Отличник Народного образования КР.», в 2006 году – Почетной Грамотой Президента Кыргызской Республики, в 2009 году – юбилейной медалью к 100-летию профессора В. Ю. Курляндского, в 2010 году избран членом-корреспондентом Инженерной Академии Кыргызской Республики.

Женат, имеет 2-х сыновей и 2-дочерей, 10 внуков. Супруга Амираева Анархан Мурхабибовна врач онколог химиотерапевт высшей категории, работает 45 лет в Национальном центре Онкологии, отличник здравоохранения КР., в 2009 году за долголетнюю и плодотворную работу награждена

Почетной Грамотой Президента Кыргызской Республики; старший сын – Амираев Рахмат Убайдуллаевич, доктор политических наук, и. о. профессора кафедры «Политология» КНУ им Ж. Баласагына, полковник милиции; второй сын – Амираев Руслан Убайдилаевич кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, зав. отделом в Кыргызском НИИ курортологии и восстановительного лечения; старшая дочь – Амираева Гүлназ Убайдилаевна инженер-экономист (г. Тараз РК); младшая – Амираева Дилназ Убайдилаевна, ассистент кафедры терапевтической стоматологии Кыргызско-Российского университета им Б. Н. Ельцина.

В настоящее время уважаемый наш Агай – Убайдила Амираевич в расцвете сил, воспитывает молодое поколение, пишет учебники на кыргызском и русском языках, трудится на благо и процветания нашей многонациональной республики.

Стоматологическая общественность Кыргызской Республики сердечно поздравляет своего Учителя – доктора Амираева У. А. с 70-летним юбилеем и желает крепкого здоровья, долгих лет жизни, семейного благополучия и творческих успехов во всех его начинаниях.

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ 70 ЛЕТ!

20 апреля исполнилось 70 лет со дня рождения и 40 лет научно-педагогической деятельности ассистента кафедры терапевтической стоматологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева Качкынбаевой Асипе Сагыналиевне. Она родилась 20 апреля 1942 года в Чуйской области в селе Алчалу. После окончания Кыргызского государственного медицинского института была направлена на работу в городскую стоматологическую поликлинику № 3 врачом-стоматологом, где проработала с 1965 по 1975гг. С 1975 года по настоящее время работает ассистентом кафедры терапевтической стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева.



За время работы Асипа Сагыналиевна принимала активное участие в научно-исследовательской работе кафедры, посвященных наиболее актуальным проблемам стоматологии КР, в частности вопросам распространенности заболеваний пародонта в условиях высокогорья. Выезжала в научные экспедиции по изучению стоматологического здоровья в условиях высокогорья - пгт. Мургаб, г.Нарын, Тоо-Ашу. Ею опубликовано более 20 научных статей, 2 рационализаторских предложения и 2 изобретения.

Асипа Сагыналиева является опытным педагогом, высококвалифицированным специалистом в области терапевтической стоматологии, владеет современными методами лечения кариеса зубов и

его осложнений, а также заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта. Врачебный стаж-47 лет, имеет высшую квалификационную категорию. Принимает активное участие в воспитании подрастающего поколения, оказывает большую методическую помощь в подготовке квалифицированных специалистов врачей-стоматологов.

Качкынбаева А.С. воспитала целое поколение врачей-стоматологов.

Она является куратором группы, проводит идейно-воспитательную работу среди студентов, развивая у них чувство патриотизма.

За услуги в научно-педагогической деятельности Качкынбаева А.С. награждена Почетной Грамотой Верховного Совета СССР, почетными грамотами КГМА и МЗ КР. Имеет звание Почетный ветеран труда.

САКР и коллектив кафедры поздравляет Качкынбаеву Асипу Сагыналиеву с юбилеем и желает здоровья и долголетия!

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ 70 ЛЕТ!



Мамытбеков М. 1942 года рождения окончил Республиканское медицинское училище, зубоврачебное отделение в 1962 году, потом служил в рядах Советской Армии. А в 1996 году поступил в КГМА на стоматологическое отделение которое закончил в 1971 году. По направлению

работал в стоматологической поликлинике №2 врачом стоматологом, потом заведующим ортопедическим отделением. С 1980 года по 1983 год работал заместителем главного врача ДСП. С 1984 года по 1996 год работал заведующим протезного отделения стоматологической поликлиники №1 с 1996 работает врачом стоматологом ортопедом в стоматологической поликлинике №6.

Прошел усовершенствования:

1. в 1976 году г. Харьков по циклу «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии» курс обучения 1,5 месяца
2. в 1979 году ЦОЛИУВ г. Москва Выездной цикл в г. Фрунзе № «Актуальные вопросы ортопедической стоматологии» 1 месяц
3. в 1982 году ЦОЛИУВ г. Москва «Актуальные вопросы стоматологии детского возраста и организации стоматологической помощи детям» 1,5 месяца

Мамытбеков М. является членом стоматологического общества, активно участвует в стоматологических конференциях, с целью усовершенствования своих профессиональных навыков. Высоквалифицированный специалист своего дела, наставник молодых коллег.

Мамытбеков М. владеет всеми клиническими, технологическими методами изготовления протезов, аппаратов включая современные.

Награжден значком «Отличник здравоохранения СССР» в 1988 году, Почетными грамотами Департамента здравоохранения г. Бишкек, Первомайской госадминистрации, ЦК профсоюзов медработников здравоохранения.

Стоматологическая Ассоциация Кыргызской Республики поздравляет с юбилеем и желает здоровья, успехов в труде и процветания!

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ 70 ЛЕТ!

Сейткасымов Рыскулбек 1942 года рождения, окончил в 1968 году стоматологический факультет Алма-Атинского государственного медицинского института. Получив свободный диплом, начал свою трудовую деятельность в качестве не освобожденного главного стоматолога и стоматолога-хирурга Центральной районной больницы Кара-Бурунского района, Таласской области, Кыргызской Республики.



Сейткасымов Рыскулбек с 1996 года работает стоматологом-хирургом в стоматологической поликлинике №6 г. Бишкек.

За период своей трудовой деятельности прошел курсы усовершенствования по темам:

1. Челюстно-лицевая хирургия (РКБ, г. Бишкек, 1975),
2. Диагностика и методы лечения в условиях поликлиники (г. Бишкек, 1995г.)
3. Вопросы хирургической стоматологии (г. Бишкек, 2003г.)

С 1978 по 1996 годы присвоена категория 1-й квалификации, а с 1996 года категория высшей квалификации.

Сейткасымов Рыскулбек, является членом стоматологического общества, активно участие в общественной жизни Сейткасымов Рыскулбек награжден Почетными грамотами областного отдела здравоохранения Таласской области и Министерства здравоохранения Киргизской ССР, имеет благодарности. В 2011 году награжден значком «Саламатык сактоонун ардактуу кызматкери, Почетной грамотой Жогорку Кенеш.

Стоматологическая Ассоциация Кыргызской Республики сердечно поздравляет с юбилеем. Желает всего наилучшего в труде и в жизни!

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ!



Цепелева Аврора Семеновна -зав.кафедрой стоматологии и челюстно лицевой хирургии КГМИ и ПК, кандидат медицинских наук, доцент отличник здравоохранения. В 1966 году закончила стоматологический факультет Пермского Государственного медицинского института и была направлена на работу в Киргизию. С 1966 по 1969 гг работала в стоматологической поликлинике №3 г.Фрунзе на смешанном приеме. С 1969 по 1972 гг в стоматологическом отделении Республиканской клинической больницы. С1972 по 1975 гг обучалась в целевой аспирантуре на кафедре терапевтической стоматологии ЦОЛИУ врачей г. Москва. Под руководством академика А.И.Рыбакова успешно защитила кандидатскую диссертацию « Обогащенность лизоцимом полости рта при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите».

А.С. Цеплева более 30 лет своей трудовой деятельности посвятила послдипломной переподготовке врачей стоматологов, пройдя путь от ассистента, доцента и до зав. кафедрой. Ею воспитаны не одно поколение врачей стоматологов терапевтов: с 1976 по 1993 ассистент кафедры терапевтической стоматологии ФУВ КГМИ. С 1993-1986 гг - ассистент ФУВ РЦНПМ и ФР. С 1986г- доцент, зав доцентским курсом ФУВ по терапевтической стоматологии, с 2009 зав. кафедрой стоматологии и чел-лицевой хирургии ФУВ КГМИП и ПК.

На протяжении длительного периода времени А.С. Цепелева была членом Правления и секретарем Научного Общества стоматологов

Киргизской Республики, членом аттестационной комиссии по стоматологии при МЗ.КР, членом Спец.Совета по защитах в стоматологии КГМИ. Основное направление ее научной деятельности - апробация и внедрение новых методов комплексной терапии заболеваний СОПР, современные методы лечения в эндодонтии, профилактика стоматологических заболеваний. Имеет более 30 научных публикаций. Ведет большую консультативную работу. Регулярно принимает участие в конференциях, семинарах и мастер- классах проводимых в гг. Москве, Перьми, Алматы и Бишкека.

А.С. Цепелева-практический врач стоматолог, имеет высшую врачебную категорию. В 2001г закончила вечерний факультет по психологии КРСУ и получила диплом с отличием клинического психолога. Полученные знания постоянно принимает в своей практической работе с пациентами.

За добросовестный и многолетний труд неоднократно награждалась почетными грамотами и денежными премиями КГМИ и КГМИП и ПК, имеет медаль «Ветеран труда».

Стоматологическая Ассоциация Кыргызской Республики от всей души поздравляет Аврору Семеновну с юбилеем и желает крепкого здоровья, успехов в работе и всего самого наилучшего!

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ 70 ЛЕТ!



Кожобекова Калича Кожобековна родилась в 1942 году в селе Шалба, Джети – Огузского района, Иссык – Кульской области. После окончания семилетней школы, поступила во Фрунзенское

медицинское училище на акушерское отделение. После окончания медучилища, была направлена на работу, в Сузакский район село Беговат в участковую больницу. Там работала участковой медсестрой, затем 1965 году поступила в КГМИ. После окончания КГМИ, работала в городской стоматологической поликлинике №3. В 1973-1975 гг. училась в клинической ординатуре КГМИ при кафедре терапевтической стоматологии. После окончания ординатуры, работала в поликлинике №3. С 1978 по 1990 годы работала в РСРП заведующей терапевтического отделения, затем с 1991 по 2001 г. заместителем главного врача. За период работы в РСРП неоднократно выезжала по областям и районам Республики, оказывала консультативно - организационную, методическую помощь органам здравоохранения Республики. Кожобекова непосредственно оказывала практическую помощь жителям отдаленных районов и сел. Проводила анализ по планоно – практической работе среди беременных женщин, подростков, призывников и школьников. Ежегодно проводила экспертную оценку качества проведенных санаций полости рта, стоматологии областей и районов с проведением врачебных конференций и семинаров среди врачей стоматологов Республики. Активно участвовала в общественной работе, была членом правления неправительственной организации благотворительного фонда «Эне». За 42х летний стаж работы воспитала не одно поколение молодых специалистов стоматологов, за многолетний безупречный труд высоко оценен труд на уровне Министерства здравоохранения КР и на государственном уровне: является отличником здравоохранения СССР, награждена почетной грамотой Минздрава, Ассоциации стоматологов республики, РК комитет профсоюза медицинских работников, в 1996 г удостоена почетной грамоты Кыргызской Республики, в 2007 году за заслуги в области здравоохранения республики было присвоено почетное звание «Заслуженный врач Кыргызской Республики», имеет высшую квалифицированную категорию, является персональным пенсионером.

В настоящее время Кожобекова Калича Кожобековна продолжает работать врачом-стоматологом в ОСОО «Стоматология» даря людям радость улыбки.

Стоматологическая Ассоциация Кыргызской Республики поздравляет с юбилеем. Желает всего наилучшего.

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ!



Садыков Сабыржан Балтаевич родился 04.04.1952г. в селе Кара-Дарья Сузакского района Джалал-Абадской области в семье колхозников. В 1969 году окончил среднюю школу №36 г. Джалал-Абад, и 1970-ПТУ№1.

В 1970г поступил на стоматологической факультет КГМИ и окончил его с отличием в 1975г., был принят в клиническую ординатуру по специальности «Ортопедическая стоматология». В студенческие годы активно участвовал в общественной жизни факультета медицинского института, будучи старостой группы, комсоргом курса. В 1970-75 гг. был членом сборной команды КГМИ по боксу, неоднократно участвовал и занимал призовые места в городских и Республиканских межвузовских спортивных соревнованиях.

С 1977 работает ассистентом на кафедре ортопедической стоматологии КГМИ (зав. каф. доц. К. Д. Дуйшалиев), в 1979-1983гг. проходил заочную аспирантуру на кафедре ортопедической стоматологии ЦОЛИУВ (г.Москва) и в 1984г защитил кандидатскую диссертацию в ЦНИИС под руководством д.м.н. профессора Каламкарова Х.А. на тему: «Применение фарфоровых коронок при патологической стираемости зубов». Имеет более 58 научных трудов, 8 методических рекомендаций, 4 рацпредложения.

В 1988г утвержден в звании доцента кафедры ортопедической стоматологии. В 1993-1999г. и 2005-2007г. был деканом сначала всех малых факультетов, затем стоматологического факультета КГМА.

С 1999 по 2005г заведовал кафедрой ортопедической стоматологии. С 2005 по 2007гг. работал директором-деканом Института стоматологии КГМА, совмещая заведование кафедрой.

Будучи деканом факультета, заведующим кафедрой и председателем ЦМК много сил и времени уделял организационной и учебно-методической работе. В 1993г. разработал новую учебную программу по ортопедической стоматологии, согласно Государственному образовательному стандарту МОиН КР, где были увеличены учебные часы на изучение стоматологических дисциплин с 36% до 50% и максимально приближены к Европейским образовательным стандартам.

По его инициативе впервые налажены Международные профессиональные связи с коллегами из Южной Кореи. Они подарили кафедре 2 современные стоматологические установки, провели показательные операции по имплантологии, прочитали лекции и т.д.

Им проведена очень большая работа по возврату здания стоматологического факультета на баланс КГМА и восстановлению статуса факультета через судебные разбирательства.

На основе многолетней клинической и научной практики им предложены морфофункциональные классификации по «Патологической стираемости зубов» (2004г.) и «Частичной потери зубов» (2011г.).

За плодотворную работу в деле подготовки медицинских кадров был награжден знаком «Отличник здравоохранения КР» (1996г.), «Отличник народного образования» (2004г.), а в 2002 году было присвоено звание «Заслуженный врач КР».

Неоднократно проходил ФПК и стажировки в ВУЗах России (г.Москва, С-Петербург), Украины (г.Киев, г.Львов), Белоруссии (г.Минск), Южной Кореи (г.Тегу, Пусан) и т.д.

Воспитывает 3 детей, 8 внуков. Сын Эркин - к.м.н., зав отделением БНИЦГиО, средняя-сотрудник МВД, младшая дочь –врач стоматолог.

Садыков Сабыржан Балтаевич своим трудолюбием, отзывчивостью, принципиальностью и справедливостью заслужил авторитет среди коллег и студентов.

Коллектив КГМА и САКР поздравляют с юбилеем Заслуженного врача КР Садыкова Сабыржана Балтаевича! Желают долгих лет жизни, успехов в труде, счастья и процветания!

VIII РАЗНОЕ

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ В ПОДГОТОВКЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА: СУЩНОСТЬ, СТРУКТУРА, УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ

**Ыбыкеева Э.О., Бокчубаев Э.Т.,
Уметалиева Н.Э.**

Министерство здравоохранения Кыргызской
Республики

Кыргызский государственный медицинский
институт переподготовки и повышения
квалификации

В Странах СНГ с учетом положений Копенгагенской декларации разработан проект «Комплекс мер по поддержке и совершенствованию среднего профессионального образования (СПО) в целях обеспечения его конкурентоспособности» на период до 2010 года [10]. Этот проект обсужден на заседании Совета по науке, технологиям и образованию, состоявшегося в г. Москва 25 октября 2005 г.

Практика показывает, что существующие ныне целенаправленно организуемые формы подготовки специалистов в СПО уже не могут охватить весь круг задач, которые смогли бы обеспечить в образовательном процессе условия формирования социальной и профессиональной мобильности будущих специалистов, способных работать в современных условиях. Особенностью деятельности многих средних специальных учебных заведений (ССУЗ), в том числе и медицинских колледжей по-прежнему является ориентация на когнитивную составляющую целей образования, отраженную в стандартах второго поколения, т.е. наблюдается ориентация на формирование определенного объема профессиональных знаний, умений, навыков.

Активное же вхождение Кыргызстана в глобальную мировую систему, в том числе и в мировое образовательное пространство, требует изменения методологии образовательного процесса, пересмотра критериев качества образования, обеспечение условий формирования социальной и профессиональной мобильности будущего специалиста. Мы считаем, что адекватным в определении целей образования как получения индивидуально-личностного результата может стать переход от профессионально-квалификационного подхода к определению целей и оценке

образовательных результатов к подходу, основанному на оценке значимости получаемого образования для развития личности, ее социализации и самореализации. Мы говорим о компетентностном подходе.

В Толковом словаре русского языка С.И. Ожегова понятие «компетенция» рассматривается как «круг вопросов, в которых кто-нибудь хорошо осведомлен, круг полномочий, прав» [5].

По мнению Л. Хурло, «компетенция» – это способность человека менять в себе то, что должно измениться, как ответ на вызов ситуации, с сохранением некоторого ядра, которое включает целостное мировоззрение и систему ценностей [7].

Понятие «компетентность» шире по содержанию, чем понятие «компетенция». Оно включает наряду с когнитивно-знаниевым, еще и мотивационный, отношенческий регулятивный компоненты [6]. В содержательном плане компетентность – это качество человека, завершившего образование определенной ступени, выражающееся в готовности (способности) на основе достигнутого к усиленной (продуктивной, эффективной) деятельности с учетом ее социальной значимости и социальных рисков, которые могут быть с ней связаны.

Широкое распространение этого понятия в образовании объясняется желанием подчеркнуть использование прогрессивных инновационных технологий и наилучших методов обучения, что, несомненно, будет способствовать достижению более совершенного качества образования. Ведущим направлением при этом становится построение профессионального образования не как академического, ориентированного на передачу готовых знаний, а как контекстного, обучающего находить знания и применять их в ситуациях, имитирующих профессиональные. Можно утверждать, что компетентностный подход означает постепенный переход с трансляции знаний и формирования навыков к конструированию содержания образования, разработке и построению мониторинга, систем контроля качества образования. При наличии такой сильной практической составляющей содержание образовательного процесса будет строиться на основе освоения компетенций и приобретения профессиональной компетентности, а вместе с этим проектного мышления, аналитических способностей, мотивированного стремления студентов к непрерывному самообразованию,

самосовершенствованию, что и обеспечит в дальнейшем успешность личностного и профессионального роста [2, 3].

Компетентность объединяет в себе, кроме определенной совокупности знаний, умений и навыков, процесс освоения и присвоения социальных норм, ценностных ориентиров и способность их реализации в своей деятельности, отношение к собственной профессии как к ценности.

В образовательной практике Евросоюза «компетентность» является общим оценочным термином и обозначает способность осуществлять деятельность «со знанием дела». Обычно применяется к лицам определенного социально-профессионального статуса, характеризуя меру соответствия их понимания, знаний и умений реальному уровню сложности выполняемых ими задач и разрешения проблем.

Таким образом, можно утверждать, что компетентность является интеграцией интеллектуальных, моральных, социальных, эстетических аспектов знаний.

Профессиональная компетентность с этих позиций предстает как профессионально-личностная, социально-значимая качественная характеристика специалиста, умеющего использовать знания, умения и навыки не только для профессиональной деятельности, но и для понимания социальной значимости и нравственного осознания своей деятельности; это целостная система совокупности свойств в единстве знаний, умений и навыков, необходимых для успешной профессиональной деятельности.

В педагогическом плане профессиональная компетентность рассматривается как индивидуальная характеристика степени соответствия требованиям профессии. Формирование же профессиональной компетентности сводится не только к уровню собственно-профессионального образования в рамках одной профессии с учетом индивидуальных особенностей, но и к стремлению к приобретению новых знаний, способностей. Повышение уровня компетентности зависит не только от собственных возможностей личности, но и от умения использовать имеющиеся возможности. Принимая во внимание тот факт, что профессиональная компетентность является качеством, направленным на развитие умственных способностей и интеллектуального потенциала, одной из важнейших задач модернизации

российского образования является формирование установки на постоянное наращивание профессиональной компетентности, профессиональной квалификации.

Наш анализ основных подходов к определению и структуре профессиональной компетентности выпускников медицинских колледжей нашей республики и факультета усовершенствования специалистов сестринского дела (ФУССД) Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации (КГМИПиПК) выявил следующие сходные черты:

- профессиональная компетентность представляется профессионально-значимыми качествами личности, необходимыми для осуществления профессиональной деятельности в рамках определенной компетенции на уровне данной квалификации;
- профессиональная компетентность специалиста рассматривается как готовность и способность к действию в различных ситуациях с учетом сложившихся обстоятельств.

Следует особо подчеркнуть, что на современном этапе сестринского образования с учетом специфики данной профессии чрезвычайно большое значение уделяется не только образовательному процессу, но и нравственно-гуманистическому воспитанию будущих медсестер [4,9].

Специалист, получивший определенную профессиональную квалификацию, может обрести профессиональную компетентность, если его профессиональное становление и (или) непрерывное повышение его квалификации включает в себя как приобретение навыков и умений, так и формирование духовных качеств и установок, позволяющих ему решать актуальную, личностную проблему перехода к активной самостоятельной творческой и ответственной профессиональной роли [1].

Этот требует реформирования всего воспитательно-го процесса в ССУЗ и конструирования единого образовательно-воспитательного пространства [6]. Необходимым условием превращения учебно-воспитательного процесса в фактор компетентности является выдвижение на первый план личностно ориентированного подхода в обучении; усиление как заинтересованности студентов (курсантов) в получении профессиональных знаний и умений, так и в

нравственном развитии.

Для раскрытия содержания профессиональной компетентности специалиста среднего медицинского звена существенным является содержательное определение ключевых компетенций, которые должны приобрести обучающиеся, как для успешной работы, так и для дальнейшего образования личности в целом.

Изучение различных подходов к формированию профессиональной компетентности выпускников медицинских колледжей и курсантов КГМИПиПК позволило выделить следующие компетенции, охватывающие наиболее важные, по нашему мнению, сферы жизнедеятельности: социально-личностные, общепрофессиональные, организационно-управленческие, специальные.

Социально-личностная компетенция состоит в активном влиянии на процесс развития и саморазвития социально-ценностных характеристик, продуктивную реализацию их творческого потенциала, соответствие типа деятельности собственным склонностям и интересам. Предполагает совокупность идей и ценностей, утверждающих универсальную значимость личности.

Общепрофессиональная компетенция направлена на формирование основ профессионального мастерства, при этом закладывается предметность профессионального мышления, здесь личность приобщается к духовному и ценностному контексту профессии, у нее формируется ориентация на профессию, четкие мотивационные потребности в ее получении.

Организационно-управленческая компетенция включает организацию исполнения управленческих решений, обеспечивает корректировку труда, развивает способности самостоятельного экономического мышления. В целом, закрепляется система экономических знаний и навыков, которые обеспечивают социализацию выпускника (курсанта), формируется способность к адаптации своего поведения к конкретным профессиональным ситуациям и проблемам, к самостоятельной защите своих интересов.

Профессиональная компетентность медицинского работника требует освоения специальных компетенций, которые связаны с непосредственным предметом труда. Они предполагают максимальное использование знаний и умений о профессиональной сфере, умелое использование специальных наук и технологий.

Таким образом, социально-личностные,

общепрофессиональные, организационно-управленческие компетенции служат фундаментом обеспечения мобильности на рынке профессионального труда; специальные компетенции – целенаправленно ориентированные знания, умения, навыки, которые отражают объективные и предметные аспекты подготовки специалиста.

Анализ опыта работы показал, что наиболее сложно процесс формирования профессиональной компетентности протекает у тех студентов(курсантов), которые не являются самоактуализирующимися личностями. У них отсутствует потребность в самореализации. Вследствие этого такие студенты (курсанты) имеют значительные сложности в процессе адаптации к новым условиям при обучении в медицинском колледже и в процессе усовершенствования знаний на кафедрах непрерывного последиplomного образования, и они, самое главное, не умеют строить свою жизненную и профессиональную программу. Исходя из этого, можно предположить, что специалист с набором вышеизложенных характеристик даже при наличии требуемых образовательными стандартами знаний, умений и навыков, вряд ли сможет рассчитывать на дальнейший успех в профессиональной деятельности.

Допустимо предположить, что на формирование профессиональной компетентности будущих специалистов необходимо воздействовать уже на первом курсе, либо хотя бы на циклах переподготовки и повышения квалификации, используя методы обучения, содействующие выявлению субъектного опыта и формированию компетентности учащихся с учетом их индивидуальных особенностей. В качестве ведущего дидактического средства, напрямую связанного с индивидуализацией обучения, повышением самостоятельности обучаемых, их активизацией с учетом личных потребностей и возможностей, как мы считаем, может выступать модульная программа построения содержания учебных дисциплин и контекстное обучение. Последнее предполагает освоение профессиональных умений в различных видах деятельности студентов (курсантов): собственно-учебной, квазипрофессиональной, учебно-профессиональной и собственно профессиональной деятельности, что, в свою очередь, предполагает «погружение в профессиональную деятельность» через механизмы самопрограммирования и самореализации.

Литература:

1. Втюрина Г.В. Значение здоровьесберегающих технологий в подготовке средних медицинских работников. //Организация сестринского дела на рубеже веков: Материалы Всероссийской научно-практической конференции.- Арзамас, 2000.- С.64-65.
2. Денисова М.В. Развитие профессиональной компетентности специалистов среднего образования. Приоритетные проблемы модернизации среднего профессионального образования: Материалы научно-методической конференции. – Екатеринбург: РГППУ, 2006.
3. Зеер Э.Ф., Павлова А.М., Сыманюк Э.Э. Модернизация профессионального образования: компетентностный подход: Учебное пособие. – М., 2005.
4. Носкова Л.П. Создание единого профессионального образовательного пространства. Обобщение опыта ГУ Нижегородской областной детской клинической больницы и Нижегородского медицинского училища №2 //Организация сестринского дела на рубеже веков: Материалы Всероссийской научно-практической конференции.- Арзамас, 2000.- С.35.
5. Ожегов С.И. Словарь русского языка. – М.: Изд-во «Русский язык», 1986
6. Раводеева Н.Б., Лютова О.Ю. Роль личностно-ориентированного подхода к обучению и воспитанию студента-медика // Организация сестринского дела на рубеже веков: Материалы Всероссийской научно-практической конференции.- Арзамас, 2000.- С. 106-107.
7. Современный словарь иностранных слов. – М.: Изд-во «Русский язык», 1993.
8. Хурло Л. Теоретические основы подготовки учителя к развитию субъектности ученика. – Калининград, 2004.
9. Царева Т.М., Смирнов В.П. Воспитание личности медсестры - одно из важнейших условий для успешного внедрения и развития сестринского процесса //Организация сестринского дела на рубеже веков: Материалы Всероссийской научно-практической конференции. - Арзамас, 2000.-С. 119-120.
10. Litmacher Wolo, Key Competencies for Europe // Report of the Symposium Berne, Switzerland 27-30 March, 1996.

БУЙРУК / ПРИКАЗ ОТ 07.09.12Г. № 477

Об утверждении форм первичного медицинского учета случаев рождения и смерти

Во исполнение Приказа МЗ КР от 14.05.11г. № 230 «О распространении программного обеспечения по регистрам новорожденных, младенческой и материнской смертности по всем регионам республики», с целью улучшения качества и полноты учета случаев рождения и смерти

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. «Медицинское свидетельство о рождении», форма № 103/у, и инструкцию по его заполнению (приложение 1, 2);
 - 1.2. «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти», форма № 106-2/у, и инструкцию по его заполнению (приложение 3, 4);
 - 1.3. «Медицинское свидетельство о смерти», форма № 106/у, и инструкцию по его заполнению (приложение 5, 6);
 - 1.4. «Сигнальное свидетельство о смерти беременной, роженицы, родильницы», форма № 102-1/у, и инструкцию по его заполнению (приложение 7, 8);
 - 1.5. «Сигнальное свидетельство о смерти ребенка в возрасте от 0 дней до 1 года», форма № 102-3/у, и инструкцию по его заполнению (приложение 9,10);
 - 1.6. «Журнал учета выдачи медицинских свидетельств о рождении и перинатальной смерти», форма № 010-1/у, и инструкцию по его заполнению (приложение 11, 12);
 - 1.7. «Историю развития новорожденного», форма № 097/у, и инструкцию по ее заполнению (приложение 13, 14);
 - 1.8. «Журнал записи родов на дому», форма № 032/у, и инструкцию по его заполнению (приложение 15, 16).
2. Директорам научно-исследовательских, республиканских организаций здравоохранения, департамента здравоохранения г.Бишкек, ООБ, ОЦСМ, ЦСМ, ТБ, ЦОВП и других организаций здравоохранения, оказывающих стационарную помощь обеспечить ведение форм учетной медицинской документации, утвержденной настоящим приказом с 1.10.2012 г. Срок – постоянно.
3. Отменить ведение медицинской документации:
 - 3.1. «Медицинского свидетельства о рождении» (форма № 103/у), «Медицинского свидетельства о перинатальной смерти» (форма № 106-2/у), «Медицинского свидетельства о смерти» (форма № 106/у), утвержденных приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 03.02.2004г. №45;
 - 3.2. «Сигнального свидетельства о смерти беременной, роженицы, родильницы» (форма № 106-1/у), «Сигнального свидетельства о смерти ребенка в возрасте от 7 дней до 11 мес. 29 дней в больничных организациях и от 0 дней до 11 мес. 29 дней в организациях ПМСП» (форма № 102-3/у), «Истории развития новорожденного» (форма № 097/у), утвержденных приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 21.05.2008г. №232;
 - 3.3. «Журнала записи родовспоможения на дому» (форма № 032/у), утвержденного приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 26.06.2000г. №202.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника УЛППиЛ (Ешходжаева А.С.).

И.о. министра

Д.З.Сагынбаева

БУЙРУК № 477 07.09.12-ж

Өлүм жана төрөлүү учурларын алгачкы Медициналык эсепке алуу формаларын бекитүү жөнүндө

КР ССМин. 14.05.11-ж. №230 “Республиканын бардык региондору боюнча эне, ымыркайлар өлүмү жана жаңы төрөлгөндөрдүн регистри боюнча программалык камсыздоону таркатуу жөнүндө” буйругун аткаруу багытында, өлүм жана төрөлүү учурларын эсепке алуунун толуктугун жана сапатын жакшыртуу максатында

БУЙРУК БЕРЕМ:

1. Төмөнкүлөр бекитилсин:

1.1. “Төрөлгөндүгү тууралуу медициналык күбөлүк”, форма №103/у жана аны толтуруу боюнча инструкция (1-, 2- тиркеме);

1.2. Перинаталдык өлүм жөнүндө медициналык күбөлүк”, форма №106-2/у жана аны толтуруу боюнча инструкция (3-, 4- тиркеме);

1.3. “Өлүм жөнүндө медициналык күбөлүк”, форма №106/у жана аны толтуруу боюнча инструкция (5-, 6- тиркеме);

1.4. “Кош бойлуунун, төрөй турган аялдын жана төрөгөн аялдын өлүмү жөнүндө сигналдык күбөлүк”, форма №102-1/у жана аны толтуруу боюнча инструкция (7-, 8- тиркеме);

1.5. “0 күндөн 1 жашка чейинки баланын өлүмү жөнүндө сигналдык күбөлүк”, форма №102-3/у жана аны толтуруу боюнча инструкция (9-, 10- тиркеме);

1.6. “Төрөлгөндүгү жана перинаталдык өлүмү жөнүндө медициналык күбөлүктүн берилишин эсепке алуу журналы”, форма №010-1/у жана аны толтуруу боюнча инструкция (11-, 12- тиркеме);

1.7. “Ымыркай өсүшүнүн баяны”, форма №097/у жана аны толтуруу боюнча инструкция (13-, 14- тиркеме);

1.8. “Үйдөн төрөт болгон учурларды жазуу журналы”, форма №032/у жана аны толтуруу боюнча инструкция (15-, 16- тиркеме);

2. Стационардык жардам көрсөткөн илим-изилдөө, республикалык саламаттык сактоо уюмдарынын, Бишкек ш. саламаттык сактоо департаментинин, ОБО, ОУМБ, ҮМБ, АО, ЖДПБ жана башка саламаттык сактоо уюмдарынын жетекчилери ушул буйрук менен бекитилген медициналык эсепке алуучу документациянын формаларын жүргүзүүнү камсыз кылышсын.

Мөөнөтү – дайыма.

3. Төмөнкү документациянын жүргүзүлүшү токтотулсун:

3.1. Саламаттык сактоо министрлигинин 03.02.2004-ж. №45 буйругу менен бекитилген “Туулгандыгы тууралуу медициналык күбөлүк” (форма 103/у), “Перинаталдык өлүм жөнүндө медициналык күбөлүк” (форма №106-2/у), “Өлүм тууралуу медициналык күбөлүк” (форма №106/у)

3.2. Саламаттык сактоо министрлигинин 21.05.2008-жылдын №232 буйругу менен бекитилген “Кош бойлуунун, төрөй турган аялдын жана төрөгөн аялдын өлүмү жөнүндө сигналдык күбөлүк” (форма №106-1/у), “Оорукана уюмдарында 7 күндөн 11 ай 29 күнгө чейинки курактагы баланын жана БМСЖ уюмдарында 0 күндөн 11 ай 29 күнгө чейинки курактагы баланын өлүмү жөнүндө сигналдык күбөлүк” (форма №102-3/у), “Ымыркай өсүшүнүн баяны” (форма №097/у);

3.3. Саламаттык сактоо министрлигинин 26.06.2000-жылдын №202 буйругу менен бекитилген “Үйдөн төрөткө жардам берилген учурларды жазуу журналы”.

4. Бул буйруктун аткарылышын контролдоо ДААЖЖЛБ жетекчисине (А.С.Ешходжаевага) жүктөлсүн.

Министрдин м.а.

Д.З.Сагинбаева

БУЙРУК ПРИКАЗ от 07.09.12г.

№ 478

**О создании единой базы данных
по учету медицинской техники
в организациях здравоохранения
Кыргызской Республики.**

В целях реализации приказа Минздрава Кыргызской Республики
№ 488 от 05.10.2011г. и улучшения эффективности использования и обслуживания медицинской техники

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. Структуру программного обеспечения (ПО) по учету медицинской техники (приложение 1).
 - 1.2. Руководство пользователя ПО учету медицинской техники (приложение 2).
 - 1.3. График инсталляции ПО по учету медицинской техники (приложение 3).
2. Определить пилотными для тестирования ПО организации здравоохранения, расположенные на территории г.Бишкек и Чуйской области.
3. Руководителям научно-исследовательских и республиканских организаций здравоохранения, организаций здравоохранения г.Бишкек и Чуйской области:
 - 3.1. Назначить ответственное лицо (главная медсестра, материальный бухгалтер) по ведению базы данных по учету медицинской техники.
 - 3.2. Обеспечить ввод информации в базу данных по учету медицинской техники. Срок – по мере инсталляции программного обеспечения;
4. Руководителям научно-исследовательских и республиканских организаций здравоохранения обеспечить представление базы данных по медицинской технике в РМИЦ к 10 числу месяца следующего за отчетным периодом.
5. Директорам Департамента здравоохранения г. Бишкек, ОЦСМ и ОМИЦ Чуйской области обеспечить:
 - 5.1. техническое сопровождение, прием и свод базы данных по учету медицинской техники;
 - 5.2. представление сводных баз данных по медицинской технике в РМИЦ к 25 числу месяца следующего за отчетным периодом.
6. Директорам ДЛЮиМТ, МТЦ, РМИЦ обеспечить:
 - 6.1. инсталляцию ПО и обучение специалистов в организациях здравоохранениях, согласно приложения 3.
 - 6.2. поддержку и дальнейшее развитие ПО по учету медицинской техники на республиканском уровне.
7. Финансирование расходов на внедрение ПО по учету медицинской техники по организациям здравоохранения республики отнести за счет средств Немецкого Банка Развития.
8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра Калиева М.Т..

И.о. министра Д.З.Сагынбаева

БУЙРУК № 478 07.09.12-Ж

Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо уюмдарында медициналык техниканы эсепке алуу боюнча бирдиктүү маалымат базасын түзүү жөнүндө

Саламаттык сактоо министрлигинин 05.10.2011-ж. №488 буйругун ишке ашыруу жана медициналык техниканы тейлөө жана натыйжалуу колдонууну жакшыртуу максатында

БУЙРУК БЕРЕМ:

1. Төмөнкүлөр бекитилсин:

1.1. Медициналык техниканы эсепке алуу боюнча программалык камсыздоонун (ПК) түзүмү (1-тиркеме).

1.2. Медициналык техниканы эсепке алуу боюнча ПК пайдалануучунун колдонмосу (2-тиркеме).

1.3. Медициналык техниканы эсепке алуу боюнча ПК инсталляция графиги (3-тиркеме).

2. Бишкек ш. жана Чүй облусунда жайгашкан саламаттык сактоо уюмдарын ПК тестирилөө үчүн пилоттук болуп аныкталсын.

3. Бишкек ш. жана Чүй облусунун саламаттык сактоо уюмдарынын, республикалык жана илим-изилдөө саламаттык сактоо уюмдарынын жетекчилерине:

3.1. Медициналык техниканы эсепке алуу боюнча маалымат базаны жүргүзүүгө жооптуу адам дайындалсын (башкы медайым, материалдык бухгалтер).

3.2. Медициналык техниканы эсепке алуу боюнча маалымат базага маалымат киргизүүнү камсыз кылышсын. Мөөнөтү – программалык камсыздоону инсталляциялоого жараша;

4. Илим-изилдөө жана республикалык саламаттык сактоо уюмдарынын жетекчилери медициналык техника боюнча маалымат базаны РММБга отчеттук мезгилден кийинки айдын 10 чейин көрсөтүүнү камсыз кылышсын.

5. Бишкек ш. Саламаттык сактоо департаментинин, ОҮМБ жана Чүй облусунун ОММБ директорлору төмөнкүнү камсыз кылышсын:

5.1. техникалык коштоосун, медициналык техниканы эсепке алуу боюнча маалымат базаны кабыл алууну жана топтоону;

5.2. медициналык техника боюнча топтолгон маалымат базаны РММБга отчеттук мезгилден кийинки айдын 25 чейин көрсөтүүнү.

6. ДжМТКД, МТЦ, РММБ директорлору төмөнкүнү камсыз кылышсын:

6.1. саламаттык сактоо уюмдарында адистерди 3-тиркемеге ылайык окутууну жана ПК инсталляциясын;

6.2. республикалык деңгээлде медициналык техниканы эсепке алуу боюнча ПК колдоо жана андан ары өнүктүрүү.

7. Республиканын саламаттык сактоо уюмдары боюнча медициналык техниканы эсепке алуунун ПК ишке киргизүүгө кеткен чыгашаларды каржылоо Немис Өнүктүрүү Банкынын каражаттарынын эсебинен жүргүзүлсүн.

8. Бул буйруктун аткарылышын контролдоо министрдин орун басары М.Т.Калиевге жүктөлсүн.

Министрдин м.а.

Д.З.Сагинбаева

**КЫРГЫЗСТАНДАГЫ
САЛАМАТТЫКТЫ САКТОО**
илимий-практикалык медициналык журналы

Научно-практический медицинский журнал
**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
КЫРГЫЗСТАНА**

Объем 16.625 уч.изд.л.
Тираж 100 экз. Заказ № 57

Типография ОсОО «Алтын Принт»
720000, г. Бишкек, ул. Орозбекова, 44
Тел.: (+996 312) 62-13-10
e-mail: romass@front.ru