

Научный медицинский журнал

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции КР, регистрационное свидетельство №002564

Включен в список журналов ВАК КР, рекомендованных для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций в области медицины. Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ) с 2012г.

Главный редактор – **Зурдинов Ашир Али Зурдинович**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАН КР, заслуженный деятель науки

Зам. главного редактора – **Бримкулов Нурлан Нургазиевич**, д.м.н., профессор, Лауреат Госпремии КР в области науки и новых технологий, зав. каф. госпитальной терапии. e-mail: brimkulov@list.ru

Ученый секретарь – **Исакова Жылдыз Казыбаевна**, к.м.н., доцент каф. акушерства и гинекологии, Лауреат Премии Правительства КР в области науки и новых технологий. e-mail: nauka555@mail.ru

Редакционная коллегия:

Алдашев А.А. – академик, вице - президент НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. фундаментальных дисциплин
Джумабеков С.А. – академик НАН КР, д.м.н., профессор каф.травматологии, ортопедии и ЭХ

Кудаяров Д.К.– академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной педиатрии

Мамакеев М. М.– академик НАН КР, д.м.н., профессор

Мамытов М.М. – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. нейрохирургии

Мурзалиев А.М. – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. неврологии

Нанаева М.Т. – почетный академик НАН КР, д.м.н., профессор

Раимжанов А.Р.– академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. курсом гематологии

Редакционный Совет:

Адамбеков Д.А. – д.м.н., проф., чл.корр. НАН КР, зав. каф. микробиологии

Акынбеков К.У. – д.м.н., проф., зав. каф. общественного здравоохранения

Алымкулов Р.Д. – д.м.н., проф. кафедры клин. реабилитологии и физиотерапии

Аскеров А.А. – к.м.н., и.оо. проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №2

Бейшенбиева Г.Д. - д.м.н., и. о. проф., зав. каф. «Сестринское дело»

Давлеталиева Н.Э. - к.м.н., доц., начальник управления учебно-организационной и методической работы

Кадырова Р.М.– д.м.н., проф., зав. каф. детских инфекционных заболеваний

Калиев Р.Р. - д.м.н., проф., зав. каф. терапии общей практики с курсом семейной медицины

Карасаева А.Х. – д.м.н., проф., дир. центра повышения квалификации и непрерывного образования

Карашева Н.Т. – к.п.н., зав.каф.физики, математики и информ.технологий

Катаев В.А. - д.фармак. наук, проректор по научной и инновационной работе Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования, Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России (Россия)

Куттубаева К.Б. - д.м.н., проф.,зав. каф. терапевтической стоматологии

Куттубаев О.Т.- д.м.н., проф.каф.фундамен.дисциплин

Кожокматова Г. С. - д.м.н., проф.каф. травматологии, ортопедии и ЭХ

Кононец И.Е.- д.м.н., проф., зав. каф. фундаментальной и клинической физиологии

Мергенбаева Т.К. - к.м.н., доц. каф.госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

Мингазова Э.Н. – д.м.н., профессор кафедры, Казанский государственный медицинский университет (Россия)

Молдобаева М.С. - д.м.н., проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней

Мураталиева А.Ж. - к.ф.н., доц., зав.каф. фармакогнозии

Мусуралиев М.С. - д.м.н., проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №1

Даваасурэн Одонтуяа Сахалт - д.м.н., проф., Президент Ассоциации Монгольской Паллиативной Медицины, преподаватель кафедры общей практики Монгольского Государственного Университета Медицинских Наук (Монголия)

Оморов Р.А. – д.м.н., проф.,чл. корр. НАН КР, зав. каф. факультетской хирургии

Сатылганов И.Ж. - д.м.н., проф., проректор по доклиническому обучению и воспитательной работе и гос. языку, зав.кафедрой патанатомии

Сопуев А.А. - д.м.н., проф., зав.каф. госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии

Тилекеева У.М. - д.м.н., проф., и.о. зав. каф. базисной и клинической фармакологии

Усупбаев А.Ч. - д.м.н., проф., зав. каф. урологии и андрологии до и последипломного образования

Чонбашева Ч.К. - д.м.н., проф. каф. госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

Шекера О.Г. - д.м.н., проф., Президент Международной ассоциации «Здоровье общества», директор инст. сем. медицины Нац.мед.академии последип.образов. П.Л. Шупика (Украина)

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:

г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА.

Телефон: (312) 54 94 60, Тираж 200 экз.

Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Илимий медициналык журнал

Журнал КР Юстиция министирлигинде каттоодон өткөн, каттоо күбөлүгү №002564.

Медицина тармагында докторлук жана кандидаттык диссертациялардын материалдарын жарыялоо үчүн КР Жогорку аттестациялык комиссиясы сунуштаган журналдардын тизмесине кирет. 2012-жылдан бери Россиялык илимий цитата берүү индекси менен индекстелет.

Башкы редактор – **Зурдинов Ашир Али Зурдинович**, м.и.д., профессор, КР УИАнын мүчө-корреспонденти, илимге эмгек сиңирген ишмер

Башкы редактордун орун басары – **Бримкулов Нурлан Нургазиевич**, м.и.д., профессор, КР илим жана жаңы технологиялар боюнча мамлекеттик сыйлыгынын лауреаты, госпиталдык терапия кафедрасынын башчысы. e-mail: brimkulov@list.ru

Окумуштуу катчы – **Исакова Жылдыз Казыбаевна**, м.и.к., акушерчилик жана гинекология кафедрасынын доценти, КР Өкмөтүнүн илим жана жаңы технологиялар боюнча мамлекеттик сыйлыгынын лауреаты. e-mail: nauka555@mail.ru

Редакциялык жамаат:

Алдашев А.А. – академик, КР УИАнын вице - президенти, м.и.д., профессор, фундаменталдык дисциплиналар кафедрасынын башчысы

Джумабеков С.А. – КР УИАнын академиги, м.и.д., травматология, ортопедия жана ЭХ кафедрасынын профессору

Кудайров Д.К. – КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, госпиталдык педиатрия кафедрасынын башчысы

Мамакеев М. М. – КР УИАнын академиги, м.и.д.,

профессор

Мамытов М.М. – КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, нейрохирургия кафедрасынын башчысы

Мурзалиев А.М. – КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, неврология кафедрасынын башчысы

Нанаева М.Т. – КР УИАнын ардактуу академиги, м.и.д., профессор

Раимжанов А.Р. – КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, гематология курсунун башчысы

Редакциялык Кеңеш:

Адамбеков Д.А. – КР УИАнын мүчө-корреспонденти, м.и.д., профессор, микробиология кафедрасынын башчысы

Акынбеков К.У. – м.и.д., профессор, коомдун саламаттыгын сактоо кафедрасынын башчысы

Алымкулов Р.Д. – д.м.и.д., профессор, клин. реабилитология жана физиотерапия кафедрасынын башчысы

Аскеров А.А. – м.и.д., профессор м.а., №2 акушерчилик жана гинекология кафедрасынын башчысы

Бейшенбиева Г.Д. - м.и.д., профессор м.а., «Мээмандык иш» кафедрасынын башчысы

Давлеталиева Н.Э. - м.и.д., доцент, окуу-уюштуруу жана усулдук иштер башкармалыгынын жетекчиси

Кадырова Р.М. – м.и.д., профессор, балдардын инфекциялык оорулары кафедрасынын башчысы

Калиев Р.Р. - д.м.и.д., профессор, жалпы практикадагы терапия үй-бүлөлүк медицина курсу менен кафедрасынын башчысы

Карасаева А.Х. – м.и.д., профессор, квалификацияны жогорулатуу жана үзгүлтүксүз билим берүү борборунун директору

Карашева Н.Т. – п.и.к., физика, математика жана информ. технология кафедрасынын башчысы

Катаев В.А. - фарм. и.д., Россиянын Саламаттык сактоо министирлигине караштуу Башкыр мамлекеттик медициналык университетинин илим жана инновациялык иштер боюнча проректору (Россия)

Куттубаева К.Б. - м.и.д., профессор, терапевтикалык стоматология кафедрасынын башчысы

Куттубаев О.Т. - м.и.д., фундаменталдык дисциплиналар кафедрасынын профессор

Кожоматова Г. С. - д.м.и.д., травматология, ортопедия жана ЭХ кафедрасынын профессору

Кононец И.Е. - м.и.д., профессор, фундаменталдык жана клиникалык физиология кафедрасынын башчысы

Мергенбаева Т.К. - м.и.к., госпиталдык терапия профпатология, гематология курсу менен кафедрасынын доценти

Мингазова Э.Н. – д.м.и.д., профессор, Казан мамлекеттик медициналык университети (Россия)

Молдобаева М.С. - м.и.д., профессор, ички оорулардын пропедевтикасы кафедрасынын башчысы

Мураталиева А.Ж. - ф.и.к., доц., фармакогнозия кафедрасынын башчысы

Мусуралиев М.С. - м.и.д., профессор, №1 акушерчилик жана гинекология кафедрасынын башчысы

Даваасүрэн Одонтуяа Сахалт - м.и.д., профессор, Монгол Паллиативдик Медицина ассоциациясынын президенти, Медицина Илиминин Монгол Улуттук медициналык университетинин жалпы тажрыйба кафедрасынын мугалими. (Монголия)

Оморов Р.А. – м.и.д., профессор, КР УИАнын мүчө-корр., факультеттик хирургия кафедрасынын башчысы

Сатылганов И.Ж. - м.и.д., профессор, клиникага чейинки окутуу, тарбия иштери жана мамлекеттик тил боюнча проректор, патанатомия кафедрасынын башчысы

Сопуев А.А. - м.и.д., профессор, госпиталдык хирургия оперативдүү хирургия курсу менен кафедрасынын башчысы

Тилекеева У.М. - м.и.д., профессор, базистик жана клиникалык фармакология кафедрасынын башчысы

Усупбаев А.Ч. - м.и.д., профессор, урологияны жана андрологияны дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

Чонбаева Ч.К. - м.и.д., госпиталдык терапия, профпатология гематология курсу менен кафедрасы

Шекера О.Г. - м.и.д., профессор, Эл аралык «Коомдун саламаттыгы» ассоциациясынын президенти, П.Л.Шупик атындагы Улуттук медициналык академиясынын үй-бүлөлүк медицина институтунун директору (Украина)

Негиздөөчү

© Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Журналдын редакциясынын дареги:
Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92, КММА.
Телефону: (312) 54 94 60. Тираж 200 нуска.

Материалдардын мазмуну жана тактыгы үчүн авторлор жооп беришет. Редакция жарнамалык материалдардын мазмуну үчүн жооптуу эмес

Научный медицинский журнал

The journal is registered at the Ministry of justice, registered certificate - №002564, it is included in the list of journals of the Higher attestation commission KR, recommended for publication the materials of doctors and candidate dissertations in the field of medicine. It is indexed by Russian science Citation Index (RSCI) since 2012.

Editor in chief – **Zuridinov Ashyraly Zurdinovich**, dr.med.sci, professor, corresponding number of NAS KR, Honoured Scientist

Deputy Editor in Chief – **Brimkulov Nurlan Nurgasievich**, dr.med.sci, professor. Laureate of state prize in the field of science and new technologies, the head of hospital therapy department. e-mail: brimkulov@list.ru

Learned Secretary – **Isakova Zhyldyz Kazybaevna**, cand.med. sci. State Prize Laureate in the field of science and new technologies. e-mail: nauka555@mail.ru

Editorial Board:

Aldashev A. A. – academician, vice –president of NAS KR, dr.med.sci, professor, the head of fundamental disciplines.

Djumabekov S. A. – academician of NAS. KR, dr.med. sci, prof. the department of traumatology, orthopedy and E.S.

Kudayarov D. K. – academician NAS KR, dr. med. sci. the head of neurosurgery department.

Mamakeev M. M. - academician NAS KR, dr. med.sci. professor

Mamytov M. M. - academician NAS KR, dr. med. sci. professor, the head of neurosurgery department

Murzaliev A. M. – academician NAS KR., dr. med. sci. professor, the head of neurology department

Nanaeva M. T. – Honorary academician of NAS KR, dr.med. sci. professor

Raimzhanov A. R. - academician of NAS KR, dr.med.sci. professor, the head of hematology course

Editorial Council:

Adambekov D.A. - dr.med.sci.prof, corresponding member NAS KR, the head of microbiology department

Akynbekov K.U. - dr.med.sci.prof, the head of public health department

Alymkulov R.D. - dr.med. sci, prof, the head of clinical rehabilitation and physiotherapy.

Askerov A.A. - dr.med. sci, deputy prof, the head of obstetrics and gynecology department №2

Beishembieva G.D. - dr.med. sci, deputy prof, the head of nursing department

Davletalieva N.E. - cand. med. sci. associate prof. the head of administration of educational – organizational and methodical work

Kadyrova R.M. – dr.med. sci, prof, the head of children infectious diseases

Kaliev R.R. - dr.med. sci. prof.the head of therapy of general practice department with family medicine course.

Karasaeva A.K. -dr.med. sci, prof. director of the centre of advanced training and continuous education.

Karaseva N.T. - cand.ped.sci,the head of the department of physics, mathematics and information technologies.

Kataev V.A. – dr. pharm. sci, vice –rector of scientific and innovating work of State Budget educational institution of Higher professional education, Bashkir state Medical University of Russia Public Health. (Russia)

Kuttubaeva K.B. - dr.med. sci . prof. the head of therapeutic stomatology department

Kuttubaev O.T. - dr.med. sci, prof, the department of fundamental disciplines

Kozhokmatova G.S. – dr.med. sci, prof the department of traumatology, orthopedy and E.S.

Satylganov I.Z. – dr. med. sci. prof. vice –rector in preclinical and training and educational work and state language, the head of pathological anatomy

Sopuev A.A. – dr.med.sci.prof. the head of hospital surgery department with operative surgery course

Tilekeeva U.M. – dr.med.sci. the head of fundamental and clinical

pharmacology

Usupbaev A.C. – dr.med.sci. prof the head of the department of urology and andrology of pre and post diploma training

Chonbasheva Ch.K. - dr.med. sci.prof. of hospital therapy with hematology course

Kononets I.E. – dr.med.sci. prof. the head of fundamental and clinical physiology

Mergenbaeva T.K. – cand.med.sci.associate prof. of the department of hospital therapy, prof. pathology with hematology course

Mingazova E.N. – dr.med. sci. prof. Kazan State Medical University (Russia)

Moldobaeva M.S. – dr. med.sci, the head internal diseases propedeutics

Muralatieva A.Zh. – cand. pharm sci. associate prof, the head of pharmacognosy department

Musuraliev M.S.– dr.med. sci. prof, the head of obstetrics and gynecology №1

Davaasuren Odontuyaa Sahalt - dr.med. sci. prof. the Department of General Practice of the Mongolian State University, President of the Mongolian Association for Palliative Medicine (Mongolia)

Omorov R.A. – dr.med.sci.prof. corresponding member NAS KR. the head of faculty surgery

Satylganov I.Z. – dr. med. sci. prof. vice –rector in preclinical and training, educational work and state language

Sopuev A.A. - dr. med. sci. prof, the head of hospital surgery department with operative surgery course

Tilekeeva U.M. - dr. med. sci. prof, the head of fundamental and clinical pharmacology

Usupbaev A.Ch. - dr. med. sci. prof, the head of the department of urology and andrology of pre and post diploma training.

Chonbasheva Ch.K. – dr. med. sci. prof of the department of hospital therapy with hematology course.

Shekera O.G. – dr.med.sci, prof. President of international association «Society Health», the head of family Medicine Institute. National med academy of post diploma education named after P.L. Shupik (Ukraine)

Founder

© Kyrgyz State Medical Academy

Editorial postal address

Bishkek, Akhunbaev str.92 KSMA

Phone: (312) 54 94 60. Circulation 200 copies.

The authors are responsible for the content and authenticity of materials. The editorial board is not responsible for the content of advertising materials.

ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Куттубаева К.Б., Эргешов С.М., Сушко Н.Ю., Абасканова П.Д. Пути совершенствования самостоятельной работы студентов на кафедре терапевтической стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева	10
Токтосунова З.У. Изучение содержания иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в сыворотке крови и секреторного S-IgA иммуноглобулина в слюне при использовании УФ облученной аутокрови в комплексной терапии патологии пародонта.....	13
Леус П.А. Критерии оценки стоматологического статуса старших возрастных групп населения.....	16
Манак Т.Н., Полонейчик Н.М., Чернышёва Т.В. Лечение глубокого кариеса, заболеваний пульпы и апикального периодонта с использованием стоматологического поргланццемент.....	21
Искакова М.К., Жартыбаев Р.Н., Тлеубаев А.К., Муродова Н.У., Курача К.М., Дильбарханов Б.П. Генерализованный пародонтит и дентальная имплантация: проблемы и пути решения.....	25
Сатылганова Ж.И. Полимеризационная усадка композитных материалов как фактор, определяющий краевую адаптацию микрогибридных пломб (обзор литературы)	28
Шабданбекова А., Сушко Н.Ю., Абасканова П.Д. Язык - зеркало организма.....	35
Айдаров Р., Алмазбекова А., Сушко Н.Ю. Употребление насвая как этиологический фактор возникновения лейкоплакии слизистой оболочки полости рта.....	38

ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Чолокова Г.С., Юлдашев И.М., Тыналиева Д.М. Методика инфильтрации - новая технология лечения начальных кариозных поражений зубов.....	41
Ысыева А.О., Борончиев Т.Т., Акимжанова А.М. Влияние лечебно-профилактических средств на состояние перекисного окисления липидов ротовой жидкости.....	46
Рузметова И.М., Нигматов Р., Шомухамедова Ф.А. Изучение аномалии зубочелюстной системы и профилактика вторичных деформации зубной дуги у детей в период сменного прикуса.....	50
Суеркулов Э.С., Юлдашева Г.И., Мамыралиев А.Б., Джумаев А.Т., Юлдашев И.М., Бигишиев М.П. Состояние антиоксидантной защиты и перекисного окисления липидов у детей с хроническими рецидивирующими герпетическими стоматитами, гингивитами на фоне врожденных расщелин губы и неба.....	56

ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Амираев У. А., Тухватшин Р. Р. Иммунологическое состояние пациентов при протезировании зубными протезами из разнородных сплавов металлов.....	60
Амираев У.А., Эргешов С.М. Комплексное ортопедическое и терапевтическое лечение клиновидных дефектов на подвижных зубах.....	63
Нурбаев А.Ж., Калбаева А.А., Чойбекова К.М., Бардинов К.А. Современное состояние стоматологических услуг в Кыргызской Республике.....	66
Садыков С.Б., Чойбекова К.М., Исаков Э.О. Способ улучшения лечебно-профилактических и эстетических качеств имедиат-протезов.....	70
Тынчеров Р.Р. Временное протезирование при дентальной имплантации (обзор литературы, часть 2).....	73
Исаков Э.О. Сравнительная характеристика конусности препарированных зубов под металлокерамические коронки.....	76
Исаков Э.О. Методика препарирования зубов под металлокерамическую коронку.....	79
Ашымов Ж.Д. Медико-демографическая и социальная характеристика больных обратившихся за ортопедической стоматологической помощью в г. Бишкек.....	82

ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Бакиев Б.А., Токторалиева Э.Б. Особенности применения методов местной анестезии при операции удаления зуба в детской стоматологической практике.....	85
---	----

СОДЕРЖАНИЕ

Именов Д.А., Бакиев Б.А., Касенова Н.С., Курамаева У.К. Местное медикаментозное лечение гнойных ран у больных с гнойно - воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи (обзор литературы).....	88
Тажиев А.Ю. Диагностика и лечение перфорации верхнечелюстной пазухи.....	96
Тажиев А.Ю. Профилактика травматического гайморита.....	100
ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ	
Кудаяров Д.К., Вычигжанина Н.В., Мусуркулова Б.А., Борякин Ю.В., Молдогазиева А.С. Основные параметры физического развития недоношенных детей с пренатальной гипотрофией.....	102
Омурзаков Б.А. Опыт лечения гемангиом у детей бета-адреноблокаторами.....	106
ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ	
Аятов А.С., Байгараев Э. А., Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С. Хирургическое лечение переломов дистального метаэпифиза лучевой кости.....	110
ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Айдаралиев А.А. Этногенез кыргызов: генетические и исторические аспекты.....	112
Гончарова О.С., Сытина Л.И., Кадыров А.С. Туберкулез среди мигрантов и результаты лечения впервые выявленных больных туберкулезом мигрантов в Кыргызской Республике.....	116
Цивинская Т.А., Сомкулова Э.Дж., Тилегул к. А., Эсенаманова М.К. Оценка фактического питания лиц пожилого возраста проживающих в бишкекском доме - интернате.....	120
Сагынбаева Г.А., Ибрагимова Т.М., Звенцова В.К., Калиев Р.Р. Контраст-индуцированное острое повреждение почек. Факторы риска. Литературный обзор.....	123
Биялиева Г.С. Предпосылки страхования профессиональной ответственности медицинских работников в Кыргызской Республике.....	128
Биялиева Г.С. Обзор международных практик страхования профессиональной ответственности медицинских работников.....	131
Заирова Г.М. Тобокалова С.Т., Ногойбаева К.А., Бекенова Д.С. Эпидемиологические особенности семейных очагов гепатита В, С и D.....	135
Ногойбаева К.А., Касымбекова К.Т., Тобокалова С.Т., Мурзаева А.Т. Заболеваемость детей хроническими вирусными гепатитами В и D, 2010-2013гг, Кыргызстан.....	139
ЮБИЛЕЙ	
Токтосунов Айтмамат Токтосунович	142
Абдумомунов Абдыкалил Оморбаевич	143
Базарбаева София Базарбаевна	144
Ответственные за выпуск XI Международного Конгресса Стоматологической ассоциации Кыргызской Республики: д.м.н., и.о. профессора Бакиев Б.А. , к.м.н., и.о. доцента Абасканова П.Д.	

ТЕРАПИЯЛЫК СТОМАТОЛОГИЯНЫН МАСЕЛЕЛЕРИ

Куттубаева К.Б., Эргешов С.М., Сушко Н.Ю., Абасканова П.Д. И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик терапия стоматология кафедрасында студенттердин өз алдынча иштөөсүнүн өнүктүрүүн жолдору.....	10
Токтосунова З.У. Буйлөнүн сезгенүүсүнүн патологиясын комплекстүү дарылоо учурундагы УФ менен нурланылган өз канын пайдалуу учурундагы кандын сары суусундагы IgA, IgM, IgG иммуноглобулиндин жана шилекейдеги шилекей болуп чыгаруучу S-IgA иммуноглобулиндин камтылышын изилдөө.....	13
Леус П.А. Улгайган адамдардын стоматологиялык статусун баалоонун чектери.....	16
Манак Т.Н, Полонейчик Н.М., Чернышёва Т.В. Тереңдеген кариести, пульпанын жана апикалдык периодонттун ооруларын стоматологиялык портландцементти колдонуп дарылоо.....	21
Искакова М.К., Жартыбаев Р.Н., Тлеубаев А.К., Муродова Н.У., Курача К.М., Дильбарханов Б.П. Кеңири жайылган пародонтит жана денталдык имплантациялоонун маселелери жана чечүүнүн жолдору.....	25
Сатылганова Ж.И. Композиттик материалдардын полимерлешүүдөн көлөмүнүн кичирейүүсү жана анын микрогибриддик кыт менен тиштин жээгине дал келүүсүнө таасири (адабияттык изилдөө).....	28
Шабданбекова А., Сушко Н.Ю., Абасканова П.Д. Дененин күзгүсү - тилдин абалы.....	35
Айдаров Р., Алмазбекова А., Сушко Н.Ю. Насыбай чегүү ооз көңдөйүнүн чел кабыгында лейкоплакиясынын этиологиялык факторы	38

БАЛДАР СТОМАТОЛОГИЯНЫН МАСЕЛЕЛЕРИ

Чолокова Г.С., Юлдашев И.М., Тыналиева Д.М. Инфильтрациялоо методикасы - тиш кариеси оорунун башталгыч залалдануусуну дарылоодогу жаңы технологиясы.....	41
Ысыева А.О., Борончиев Т.Т., Акимжанова А.М. Дарылоо-алдын алуу каражаттарынын, адамдын ооз көңдөйүнүн суюктугундагы липиддердин перекистик кычкылдануу абалына тийгизген таасири.....	46
Рузметова И.М., Нигматов Р., Шомухамедова Ф.А. Балдардын жаак – тиш кемтиги прикус алмашуу мезгилинде тиштин тогосунда кайталануусунун алдын алууну изилдөө.....	50
Суеркулов Э.С., Юлдашева Г.И., Мамырралиев А.Б., Джумаев А.Т., Юлдашев И.М., Бигишиев М.П. Тубаса буткөн эрин жана таңдай жырыгынынан фонунда өнөкөт рецидивтүү герпетикалык стоматит, гингивит оорулары бар балдарда антиоксиданттык коргонуусу менен липиддердин перекистик кычкылдануу абалы.....	56

ОРТОПЕДИЯЛЫК СТОМАТОЛОГИЯНЫН МАСЕЛЕЛЕРИ

Амираев У. А., Тухватшин Р. Р. Ар кандай металлдардын куймаларынан тиш протездери жасалгандагы пациенттердин иммунологиялык абалы.....	60
Амираев У.А., Эргешов С.М. Кыймылдап турган тиштерде пайда болгон шынаа кемтигин ортопедиялык жана терапиялык дарылоону айкалыштыруу.....	63
Нурбаев А.Ж., Калбаев А.А., Чойбекова К.М., Бардинов К.А. Кыргыз Республикасындагы стоматологиялык тейлөөрдүн азыркы учурдагы абалы.....	66
Садыков С.Б., Чойбекова К.М., Исаков Э.О. Имедиат-протездердин дарылоо-профилактикалык жана эстетикалык сапаттарын ыкмасы.....	70
Тынчеров Р.Р. Денталдык имплантациядагы убактылуу протез жасоо (адабияттык изилдөө, 2 бөлүм).....	73
Исаков Э.О. Металлокерамикалык тиш каптоодо өгөлгөн тиштердин конустуулугунун салыштырмалуу мүнөздөмөсү.....	76
Исаков Э.О. Тиштерди металлокерамикалык каптоо үчүн өгөөнүн ыкмасы.....	79
Ашымов Ж.Д. Бишкек шаарында ортопедиялык жардам үчүн кайрылган оорулардын медициналык-демографиялык жана социалдык мүнөздөмөсү.....	82

ХИРУРГИЯЛЫК СТОМАТОЛОГИЯНЫН МАСЕЛЕЛЕРИ

Бакиев Б.А., Токторалиева Э.Б. Балдар стоматологиялык практикасында тишти жулуп салуу операциясы учурунда жергилик анестезия методдун колдонуунун өзгөчөлүгү.....	85
Именов Д.А., Бакиев Б.А., Касенова Н.С., Курамаева У.К. Жаак-бет жана моюндун ириндүү сезгенген ооруларында бейтаптардын ириндүү жараларын жеринде дары-дармектер аркылуу дарылоо.....	88
Тажибаев А.Ю. Үстүнкү жаактын кобулун тешилгенин аныктоо жана дарылоо.....	96
Тажибаев А.Ю. Травмалык гаймориттин профилактикасы.....	100

ПЕДИАТРИЯНЫН СУРООЛОРУ

Кудаяров Д.К., Вычигжанина Н.В., Мусуркулова Б.А., Борякин Ю.В., Молдогазиева А.С. Аз салмактагы ара төрөлгөн ымыркайлардын өсүүсүнүн негизги көрсөткүчтөрү.....	102
Омурзаков Б.А. Балдардын гемангиома дартын бета- адреноблокатор даарысы менен дарылоонун тажрыйбасы.....	106

ХИРУРГИЯНЫН СУРООЛОРУ

Аятов А.С., Байгараев Э. А., Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С. Билек сөөгүнүн дисталдык метаэпифизин хирургиялык жолу менен дарылоо.....	110
--	-----

САЛАМАТТЫКТЫ САКТООНУН УЮШТУРУУНУН СУРООЛОРУ

Айдаралиев А.А. Кыргыздардын этникалык генеалогиясы (этногенез): генетикалык жана тарыхый көз караштар баяндамасы.....	112
Гончарова О.С., Сытина Л.И., Кадыров А.С. Кыргыз республикасындагы мигранттар арасындагы кургак учук жана мигранттар арасында биринчи жолу кургак учук аныкталган орулууларды дарылоо натыйжалары.....	116
Цивинская Т.А., Сомкулова Э.Дж., Тилегул к. А., Эсенаманова М.К. Бишкек шаарындагы карылар үйүнө иш жүзүндө тамактануусуна баа берүү.....	120
Сагынбаева Г.А., Ибрагимова Т.М., Звенцова В.К., Калиев Р.Р. Бөйрөктөрдүн контраст-байланышкан курч бузулуусу. Тобокелдик факторлору.....	123
Биялиева Г.С. Кыргыз Республикасында медициналык кызматкерлердин кесиптик жоопкерчилигин камсыздандыруунун өбөлгөлөрү.....	128
Биялиева Г.С. Медициналык кызматкерлердин кесиптик жоопкерчилигинин камсыздандырылышынын эл аралык тажрыйбасына сереп салуу	131
Заирова Г.М. Тобокалова С.Т., Ногойбаева К.А., Бекенова Д.С. В, С жана D гепатитинин үй бүлөлүк очокторунун эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү.....	135
Ногойбаева К.А., Касымбекова К.Т., Тобокалова С.Т., Мурзаева А.Т. Балдардын өнөкөт В жана D вирустук гепатиттерине чалдыгышы, 2011-2013жж, Кыргызстан.....	139

ЮБИЛЕЙ

Токтосунов Айтмамат Токтосунович.....	142
Абдумомунов Абдыкалил Оморбаевич.....	143
Базарбаева София Базарбаевна.....	144

Кыргыз Республикасынын Стоматологиялык ассоциациянын XI Эл аралык Конгрессинин материалдардын чыгарууга жоопту: м.и.д., профессордун м.а. Бакиев Б.А., м.и.к., доценттин м.а. Абасканова П.Д.

CONTENTS

PROBLEMS OF TERAPEUTIC DENTISTRY

Kuttubaeva K.B., Ergeshov S.M., Sushko N.Y., Abaskanova P.D. The ways of perfection independent work of students at the department of therapeutic dentistry of I.K. Akhunbaev KSMA.....	10
Toktosunova Z.U. Examination of IgA, IgM, IgG immunoglobulines contents in blood serum and S-IgA secretory immunoglobulin in saliva during irradiated blood uv application in parodontium pathology complex therapy.....	13
Leous P.A. Criterions for evaluation of elderly's oral health status.....	16
Manak T.N., Poloneichik M.N., Chernysheva T.V. Treatment of deep caries, pulp and apical periodontium diseases with dental portland cement.....	21
Iskakova M.K., Zhartybayev R.N., Tleubayev A.K., Murodova N. U., Kuracha K.M., Dilbarkhanov B.P. Generalized periodontal disease and dental implantation: problems and solutions.....	25
Satylganova Z.I. Polymerization shrinkage of composite materials as a factor stimulating the marginal adaptation of microhybrid composite restorations (literature review)	28
Shabdanbekova A., Sushko N.Y., Abaskanova P.D. Tongue is the mirror of organism.....	35
Aidarov R., Almazbekova A., Sushko N.Y. Nasvay consumption as an etiologic factor of oral leukoplakia.....	38

PROBLEMS OF CHILDRENS DENTISTRY

Cholokova G.S., Juldashev I.M., Tynaliyeva D.M. Infiltration metod - a new technology on treatment of dental carious damage initial forms.....	41
Ysyeva A.O., Boronchikov T.T., Akimjanova A.M. The effect of therapeutic of preventive agents for the state of lipid peroxidation in the oral fluid.....	46
Ruzmetova I.M., Nigmatova R., Shomuhamedova F.A. The study of dental system anomalies and the prevention of secondary deformations of the dental arch during mixed dentition of children.....	50
Suerkulov E.S., Yuldasheva G.I., Mamyraliev A.B., Yuldashev I.M., Bigishiev M.P., Jumaev A.T. Antioxidant defense and lipid peroxidation in children with chronic recurrent herpetic stomatitis, gingivitis on a background of congenital cleft lip and palate.....	56

PROBLEMS OF ORTHOPEDIC DENTISTRY

Amiraev U.A., Tuhvatshin R.R. Immunological condition of patients with dental prosthesis from dissimilar alloys of metals.....	60
Amiraev U.A., Ergeshov S.M. The complex of orthopedic and therapeutic treatment of wedge-shaped defects on movable teeth.....	63
Nurbaev A.J., Kalbaev A.A., Choybekova K.M., Bardinov K.A. The present state of dental services in the Kyrgyz Republic.....	66
Sadykov S.B., Choybekova K.M., Isakov E.O. A method of improving medical and aesthetic qualities for immediate dentures.....	70
Tyncherov R.R. Temporary prosthetics by dental implantology (literature review, part 2).....	73
Isakov E.O. Comparable characteristic of taper of preparation teeth under the metal-ceramic crowns.....	76
Isakov E.O. The method preparation teeth under ceramic-metal crowns.....	79
Ashymov Zh.D. Medico-demographic and social characteristics of patients applied for orthopedic dental treatment in Bishkek.....	82

PROBLEMS OF SURGICAL DENTISTRY

Bakiev B.A., Toktoraliyeva E.B. Features of the application of methods of local anesthesia for tooth extraction surgery in pediatric dentistry.....	85
Imenov D.A., Bakiev B.A., Kasanova N.S., Kuramaeva U.K. Local drug treatment of purulent wounds in patients with purulent-inflammatory diseases of maxillofacial area and neck.....	88
Tajibaev A.U. Diagnostics and treatment of perforation of the maxillary sinus.....	96
Tajibaev A.U. The prevention of traumatic maxillary sinusitis.....	100

CONTENTS

QUESTIONS ON PEDIATRICS

- Kudajarov D.K., Vychigzhanina N.V., Musurkulova B.A., Borjakin J.V., Moldogazieva A.S.** Key parameters of physical development of preterm children with prenatal hypotrophy.....102
- Omurzakov B.A.** Experience of treatment of hemangiomas in children by beta-blockers.....106

QUESTIONS ON SURGERY

- Ayatov A.S., Baigaraev E.A., Djumabekov S.A., Anarkulov B.S.** Surgical treatment of fractures of distal metapelite of radial bone.....110

QUESTIONS ON SURGERY ORGANIZATION OF HEALTH CARE

- Aidaraliev A.A.** Ethno genesis of Kyrgyz people: genetic and historical aspects.....112
- Goncharova O.S., Sytina L.I., Kadyrov A.S.** Tuberculosis among migrants and treatment outcomes of new cases tuberculosis among migrants in Kyrgyz Republic.....116
- Tsivinskaya T.A., Somkulova E.D., Tilegul kyzy A., Esenamanova M.K.** Assessment of the actual nutritional situation of older persons residing in Bishkek house-boarding.....120
- Sagynbaeva G.A., Ibragimova T.M., Zvenzhova V.K., Kaliev R.R.** Contrast-induced acute kidney injury. Risk factors.....123
- Biyaieva G.S.** Background of insurances on professional liability of medical workers of the Kyrgyz Republic.....128
- Biyaieva G.S.** Overview of international insurance practices for professional liability of medical workers.....131
- Zairova G.M., Tobokalova S.T., Nogoibaeva K.A., Bekenova D.S.** Study of intrafamilial spread of hepatitis B, C and D infection....135
- Nogoibaeva K.A., Kasymbekova K.T., Murzaeva A.T., Tobokalova S.T.** Morbidity of chronic viral hepatitis B and D in children, 2010-2013, Kyrgyzstan.....139

ANNIVERSARY

- Toktosunov Aitmamat Toktosunovich**.....142
- Abdumomunov Abdykalil Omorbaevich**.....143
- Bazarbaeva Sofia Bazarbaevna**.....144

Responsible people for the release of the XIth International Congress of stomatological association of Kyrgyz Republic are:
the doctor of medical sciences, associate professor **Bakiev B.A.**, the candidate of medical sciences, acting associate **Abaskanova P.D.**

**ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ
РАБОТЫ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
КГМА им. И.К. АХУНБАЕВА**

Куттубаева К.Б., Эргешов С.М., Сушко Н.Ю., Абасканова П.Д.

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

Резюме. Самостоятельная работа студентов (СРС) и контроль за ее выполнением, при соответствующей их организации, способствует формированию самостоятельности мышления и творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня. На кафедре терапевтической стоматологии активно внедряются все формы СРС.

Ключевые слова: самостоятельная работа студентов, творческое мышление, научное студенческое общество.

**И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК ТЕРАПИЯ СТОМАТОЛОГИЯ
КАФЕДРАСЫНДА СТУДЕНТТЕРДИН ӨЗ АЛДЫНЧА ИШТӨӨСҮНҮН
ӨНҮКТҮРҮҮН ЖОЛДОРУ**

Куттубаева К.Б., Эргешов С.М., Сушко Н.Ю., Абасканова П.Д.

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

Корутунду. Студенттердин өз алдынча иштөөсүн уюштуруу, анын аткарылышын көзөмөлдөө, алардын ой жүгүртүүсүн жана чыгармачылыгын, ошондой эле окуу жана адистик деңгээлин өркүндөтүүгө жардам берет. Студенттердин өз алдынча иштөө ыкмалары толугу менен кафедрада жүргүзүлөт.

Негизги сөздөр: студенттердин өз алдынча иштөөсү, чыгармачылык ой жүгүртүү, илимий студенттик коом.

**THE WAYS OF PERFECTION INDEPENDENT WORK OF STUDENTS AT THE
DEPARTMENT OF THERAPEUTIC DENTISTRY OF I.K. AKHUNBAEV KSMA**

Kuttubaeva K.B., Ergeshov S.M., Sushko N.Y., Abaskanova P.D.

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

Resume. Independent work of students (IWS) and control over its execution, in case of its proper organization, promotes the formation of independent thinking and creative approach to solving problems at academic and professional level. All forms of IWS are actively implemented at the Department of Therapeutic Dentistry.

Key words: students' independent work, creative thinking, scientific student society.

Изменение социально-экономических условий в обществе, переход к рынку привели к тому, что значительно повысились требования к уровню и качеству подготовки специалиста в вузе [1]. Современный профессионал должен обладать такими качествами, как целеустремленность, деловитость, предприимчивость, инициативность, самостоятельность, то есть быть конкурентоспособным на рынке труда [2]. Вследствие этого в системе высшего образования стоит задача не просто научить студентов тем или иным наукам, а научить их учиться и пополнять свои знания на протяжении всей жизни. Достигнуть этих целей можно в ходе самостоятельной работы.

Самостоятельная работа представляет собой одну из составляющих процесса обучения, вследствие чего, одной из ее функций является воспитательная, которая состоит в том, что в ходе самостоятельной работы, также как и во всем процессе обучения, формируются нравственные и эстетические представления, система взглядов на мир, потребности личности, мотивы социального поведения, деятельности, ценности и ценностная ориентация, мировоззрение [5].

Достичь этого можно только, формируя у обучаемых познавательную самостоятельность, то есть такое свойство личности, которое проявляется в стремлении и умении самостоятельно овладевать знаниями и способами деятельности, применять их в

учебной, практической и профессиональной работе.

Внутренние факторы, способствующие активизации самостоятельной работы. Среди них можно выделить следующие:

1. Полезность выполняемой работы. Если студент знает, что результаты его работы будут использованы в лекционном курсе, в методическом пособии, при подготовке публикации или иным образом, то отношение к выполнению задания существенно меняется в лучшую сторону и качество выполняемой работы возрастает. При этом важно психологически настроить студента, показать ему, как необходима выполняемая работа.

2. Участие студентов в творческой деятельности. Это может быть участие в научно-исследовательской, опытно-конструкторской или методической работе, проводимой на той или иной кафедре.

3. Важным мотивационным фактором является интенсивная педагогика. Она предполагает введение в учебный процесс активных методов, прежде всего игрового тренинга, в основе которого лежат инновационные и организационно-деятельностные игры.

4. Участие в олимпиадах по учебным дисциплинам, конкурсах научно-исследовательских или прикладных работ и т.д.

5. Использование мотивирующих факторов контроля знаний (накопительные оценки, рейтинг, тесты,

нестандартные экзаменационные процедуры). Эти факторы при определенных условиях могут вызвать стремление к состязательности, что само по себе является сильным мотивационным фактором самосовершенствования студента.

6. Поощрение студентов за успехи в учебе и творческой деятельности (стипендии, премирование, **поощрительные баллы**) и санкции за плохую учебу. Например, за работу, сданную раньше срока, можно проставлять повышенную оценку, а в противном случае ее снижать.

7. Индивидуализация заданий, выполняемых как в аудитории, так и вне ее, постоянное их обновление.

8. Мотивационным фактором в интенсивной учебной работе и, в первую очередь, самостоятельной является личность преподавателя. Преподаватель может быть примером для студента как профессионал, как творческая личность. Преподаватель может и должен помочь студенту раскрыть свой творческий потенциал, определить перспективы своего внутреннего роста [4].

При изучении клинической дисциплины, организация СРС представляет собой единство трех взаимосвязанных форм:

- аудиторная самостоятельная работа, которая осуществляется под непосредственным руководством преподавателя;
- внеаудиторная самостоятельная работа;
- творческая, в том числе научно-исследовательская работа.

На кафедре терапевтической стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева проводятся следующие аудиторные самостоятельные работы:

1. Выполнение практических манипуляций при диагностике и лечении заболевании твердых тканей зуба и его осложнений.
2. Препарирование и пломбирование кариозных полостей I -VI классов.
3. Проведение инструментальной и медикаментозной обработки корневых каналов, его высушивание, определение рабочей длины и пломбирование.
4. Проведение диагностических и лечебных манипуляций при заболеваниях пародонта и слизистой оболочки полости рта (удаление зубных отложений, ирригация, инстиляция карманов и аппликация лекарственных веществ).
5. Работа в классах, оснащенных муляжами, фантомами, тренажерами и др. моделями.
6. Просмотр и обсуждение учебных фильмов.
7. Викторина.
8. Деловая (ролевая) игра.

Большое значение имеет в образовательном процессе организация самостоятельной внеаудиторной работы студентов (СВРС). К основным видам внеаудиторной СРС, используемым при обучении на кафедре, относятся:

1. Проработка лекций.
2. Чтение обязательной и дополнительной литературы.
3. Знакомство с содержанием электронных источников.

4. Составление библиографического списка, глоссария.

5. Самостоятельное изучение заданного материала.

6. Составление докладов, сообщений, рефератов по стоматологии.

7. Составление и решение задач.

8. Анализ ситуаций, упражнения на решение проблем.

9. Самоконтроль и взаимоконтроль выполненных заданий.

10. Разработка презентаций, мастер-классов, планов, программ, моделей, макетов, проектов, логических схем, таблиц, слайдов, учебных фильмов.

11. Подготовка к ролевым и деловым играм, тренингам, дискуссиям, дебатам (ориентация в проблематике, составление вопросов, планирование стратегий своей деятельности)

12. Выполнение заданий по программам практик и практикумов

13. Составление портфолио (собрание образцов работ, фотографий, дающих представление о специалисте).

14. Создание из пластилина формы отдельных зубов с учетом групповой принадлежности.

15. Проведение среди населения санитарно-просветительной работы, бесед, консультаций, чтение лекций.

16. Участие в научных семинарах и конференциях кафедр.

17. Участие в НИРС.

18. Составление графологической структуры темы.

19. Разработка и представление тематического кроссворда.

Важным мотивационным фактором является участие студентов в научно-исследовательской работе, проводимой на кафедре.

Самореализация личности студента и ее социализация наглядно подтверждаются работой научного студенческого кружка кафедры терапевтической стоматологии.

В течение каждого учебного года в НСО кафедры занимаются в среднем 34 студента, в год проводится от 5 до 8 заседаний научного кружка. В период с 2012-2015 гг. студентами подготовлено более 45 докладов по актуальным вопросам терапевтической стоматологии, некоторые из них опубликованы в рецензируемом сборнике «Вестник КГМА».

Другим вариантом повышения мотивации студентов к самостоятельной работе является подготовка к участию в олимпиадах по различным разделам дисциплины. На кафедре накоплен значительный опыт по проведению ежегодной олимпиады по терапевтической стоматологии для студентов 3 курса и викторины «Знатоки терапевтической стоматологии» для 5 курса, которые позволяют оценить не только общий уровень подготовки студентов, но и развить у них познавательный интерес к углубленному изучению предмета, сформировать у студентов здоровый дух конкуренции, необходимый им в будущем росте.

На ежегодной конференции «Дни науки КГМА» студенты-стоматологи достойно представляют свой

факультет и с успехом демонстрируют знания, полученные на кафедре. Наши студенты дважды занимали первые места на конференции студентов и молодых ученых и премировались престижными премиями им. И.К. Ахунбаева, В.А. Кожоевской, стипендиями ректора КГМА. Кроме того, активные участники НСО неоднократно выезжали на Международные Олимпиады в Казахстан (Алматы, Астана), Таджикистан (Душанбе), где занимали призовые места.

Результативность СРС во многом определяются наличием активных методов ее контроля. На кафедре проводятся следующие формы

контроля самостоятельной работы студентов:

- программированный опрос;
- выполнение тестовых заданий;
- коллоквиумы;
- краткие письменные работы;
- опрос перед началом семинарских, практических

или перед выполнением лабораторных работ;

- проверка конспектов;
- написание рефератов и др.;
- анкета обратной связи;
- экспресс-опрос;
- контрольная работа (решение ситуационных

задач);

- эссе (выражение индивидуальных впечатлений и соображений по конкретному поводу или вопросу).

- круглый стол;
- фронтальный опрос;
- собеседование;
- устный ответ на экзаменационный билет;
- защита презентаций, слайдов, проектов;
- оценка мануальных и др. навыков;

Итоговый переводной и государственный экзамен

Оценивается СРС путем текущего, итогового контроля остаточных знаний и умений спустя определенное время после завершения изучения дисциплины.

Лишь самостоятельная работа студентов и контроль за ее выполнением, при соответствующей их организации, способствует формированию самостоятельности мышления и творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня [3]. Организация самостоятельной работы студентов в современной высшей школе становится одним из важнейших направлений всей методики обучения. Это обусловлено необходимостью повышать познавательную активность будущих специалистов, превратить сам процесс обучения из школы памяти в школу мышления.

В заключение следует отметить, что формы организации СРС на кафедре многообразны и определяются с учетом курса, уровня подготовки студентов и других факторов в процессе творческой деятельности преподавателей кафедры. Формирование творческой личности будущего специалиста является актуальной проблемой не только для высшей школы, но и важнейшей социально-экономической задачей всего общества.

Литература :

1. Мелехова Л.И., Ростова Н.Н. Организация самостоятельной работы студентов в медицинском вузе: методические рекомендации для преподавателей // Кемерово, 2010. – 23 с.
2. Педагогика и психология высшей школы: учебное пособие // Ростов н/Д.: Феникс, 2002 – 117с.
3. Гарунов М. Г. Самостоятельная работа студентов.- М.: Знание, 1998.-36
4. Кругликов В.Н. Деловые игры и другие методы активации познавательной деятельности / СПб.: П-2.- 2006. – 190 с.
5. Кумскова Н.Х. Активизация самостоятельной работы студентов // учебное пособие / КГМИ. – Бишкек, 1991.- 106 с.



ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ IgA, IgM, IgG В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И СЕКРЕТОРНОГО S-IgA ИММУНОГЛОБУЛИНА В СЛЮНЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ УФ ОБЛУЧЕННОЙ АУТОКРОВИ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИИ ПАРОДОНТА

Токтосунова З.У.

Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Нами проводилось изучение содержания иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в сыворотке крови и секреторного S-IgA в слюне при различных формах патологии пародонта. После проведенной комплексной терапии по методике общепринятой схемы лечения патологии пародонта проведен курс лечения реинфузией ультрафиолетово облученной ауто крови больным. Отмечено, что содержание иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в сыворотке крови и секреторного S-IgA иммуноглобулина имеет тенденцию к повышению относительно исходного уровня.

Ключевые слова: заболевания пародонта, реинфузия ультрафиолетово облученной ауто крови.

БҮЙЛӨНҮН СЕЗГЕНҮҮСҮНҮН ПАТОЛОГИЯСЫН КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛОО УЧУРУНДАГЫ УФ МЕНЕН НУРЛАНЫЛГАН ӨЗ КАНЫН ПАЙДАЛУУ УЧУРУНДАГЫ КАНДЫН САРЫ СУУСУНДАГЫ IgA, IgM, IgG ИММУНОГЛОБУЛИНДИН ЖАНА ШИЛЕКЕЙДЕГИ ШИЛЕКЕЙ БОЛУП ЧЫГАРУУЧУ S-IgA ИММУНОГЛОБУЛИНДИН КАМТЫЛЫШЫН ИЗИЛДӨӨ

Токтосунова З.У.

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Биз тараптан бүйлө сезгенүүсүнүн патологиясынын ар түрдүү формалары учурундагы кандын сары суусундагы IgA, IgM, IgG иммуноглобулиндердин жана шилекейдеги S-IgA бөлүнүп чыгууларынын камтылышын изилдөө жүргүзүлгөн. Бүйлө сезгенүүсүнүн патологиясын жалпы кабыл алынган схемасынын методикасы боюнча жүргүзүлгөн комплекстүү дарылоодон кийин оорулуунун ультрафиолет менен нурланылган өз канынын реинфузиясы менен дарылоо курсу жүргүзүлгөн. Кандын сары суусундагы IgA, IgM, IgG иммуноглобулиндеринин жана шилекейдеги S-IgA бөлүнүп чыгууларынын камтылышы баштапкы деңгээлге караганда жогорулоо тарабына тенденция бар экендиги белгиленген.

Негизги сөздөр: бүйлө сезгенүү оорулары, ультрафиолет менен нурланылган өз канынын реинфузиясы.

EXAMINATION OF IgA, IgM, IgG IMMUNOGLOBULINES CONTENTS IN BLOOD SERUM AND S-IgA SECRETORY IMMUNOGLOBULIN IN SALIVA DURING IRRADIATED BLOOD UV APPLICATION IN PARODONTIUM PATHOLOGY COMPLEX THERAPY

Toktosunova Z.U.

Kyrgyz – Russian Slavic University named after B.N. Eltcin
Bishkek c., the Kyrgyz Republic

Resume. We had conducted the research in respect to IgA, IgM, IgG immunoglobulin content in the blood plasma and secretory S-IgA immunoglobulin in the saliva under different forms of parodontium pathology. There was conducted a course of treatment using refusing of UV irradiated auto blood to parents after conduction of complex treatment according to method of generally accepted scheme of parodontium pathology treatment. It was noted that the content of IgA, IgM, IgG immunoglobulin in the blood plasma and secretory S-IgA immunoglobulin tend to increase in respect to source level.

Key words: parodontium diseases, reinfusion of UV irradiated auto blood.

Актуальность.

Заболевания пародонта являются одним из наиболее распространенных видов патологии зубочелюстной системы человека и на сегодняшний день представляют собой общемедицинскую проблему во всем мире.

В настоящее время известно, что патология пародонта возникает вследствие действия как общих, так и местных факторов, в результате которых изменяется иммунологический статус организма.

В связи с этим заболевания тканей пародонта относятся к хроническим аутоиммунным заболеваниям, трудно поддающимся лечению, с постоянно

прогрессирующим течением [1].

При развитии воспаления в тканях пародонта увеличивается количество IgA, IgG, IgM за счет сывороточных иммуноглобулинов в связи с повышением проницаемости стенок и повреждением микрососудов. Напряженность гуморального иммунитета больше выражена в начале заболевания и по мере прогрессирования патологического процесса количество сывороточных IgG и IgM снижается, количество IgA может оставаться высоким, а S-IgA снижается [2,8]. Ряд авторов рекомендуют использовать уровень S-IgA в слюне для оценки состояния реактивности не только местного, но и общего иммунитета [9].

В развитии заболеваний пародонта основным является нарушение иммунного ответа на чужеродный агент в виде микробной флоры полости рта на фоне общих заболеваний внутренних органов человека [3,4].

В последние годы переливание собственной крови больных, которая вне организма подвергается УФО, все более широко используется с лечебной целью в различных областях клинической медицины.

Ультрафиолетовое облучение крови нормализует иммунитет, основываясь на воздействии на кровь ультрафиолетовых лучей. Фотоны света, воздействуя на клетки крови, а также на ее биомолекулы, запускают фотобиологические процессы, которые реализуются на уровне клетки, систем и целого организма [5,6].

В результате воздействия ультрафиолетовых лучей на кровь, в последней начинают происходить сложные биохимические и биофизические процессы, приводящие к улучшению работы иммунной системы, снижению явления воспаления, улучшению транспорта кислорода эритроцитами, улучшению реологии и микроциркуляции, а также усилению работы антиоксидантной (защитной) системы организма [7].

Целью работы явилось изучение содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови и слюне при использовании метода ультрафиолетового облучения аутокрови в комплексном лечении больных с патологией пародонта.

Материал и методика.

Нами обследовано 47 больных (мужчин – 30, женщин – 17) в возрасте от 16-44 лет. Контрольную группу составляли 10 практически здоровых лиц.

Больные по клиническому статусу подразделялись на 3 группы: первая – катаральный генерализованный гингивит (15), вторая – хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести (13) и третья – хронический генерализованный пародонтит среднетяжелой степени (19). У всех больных определяли содержание иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в сыворотке крови и секреторного S-IgA иммуноглобулина в слюне до и после общепринятой комплексной схемы лечения и проведенной после этого реинфузии ультрафиолетово облученной аутокрови больным третьей группы.

Кровь для определения иммуноглобулинов брали из вены в количестве 5 мл, смешанную слюну собирали методом сплевывания в пробирки утром натощак в течение 15 минут без стимуляции. Содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови и в слюне определяли методом простой радиальной иммунодиффузии по (Manchini at., al., 1965). Для исследования использовали моноспецифические анти сыворотки к иммуноглобулинам IgA, IgM, IgG из крови человека, а также к секреторному S-IgA иммуноглобулину производства НИИ вакцин и сывороток им. Мечникова. Методика применения реинфузии УФО облученной аутокрови следующая: всем больным с заболеваниями пародонта проводят санацию полости рта, при этом устраняют местные раздражающие факторы, общее комплексное лечение и реинфузию ультрафиолетово облученной аутокрови больным группы с хроническим генерализованным пародонтитом среднетяжелой степени (16), кровь в количестве 1 мл на 1 кг веса, взятую из

локтевой вены, проводили через систему портативного аппарата для УФО крови типа «Гелиос – 1» БИ № 17 от 07.05.1989 г. авторское свидетельство № 1477428 и обратно нагнетали внутривенно. Взятая кровь дважды проходила через систему аппарата УФО. В сосуд добавляли гепарин и 0,85 % физ. раствор. Один курс лечения состоит из 7 реинфузий. Кратность курса лечения зависит от фоновой патологии и тяжести течения заболеваний пародонта. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики, достоверность определена по Стьюденту.

Результаты исследований и их обсуждение.

Из полученных данных удалось выявить зависимость содержания иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в сыворотке крови и секреторного S-IgA в слюне от тяжести клинической выраженности и течения заболевания тканей пародонта.

При отсутствии принципиальных различий в клиническом течении заболевания, патологический процесс в тканях пародонта может характеризоваться различным содержанием иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в сыворотке крови и секреторного S-IgA в слюне.

Различные количественные и качественные иммунологические изменения с учетом различных форм патологии пародонта до лечения и после проведенного ультрафиолетово облученной аутокрови больным с различной формой патологии пародонта приведены ниже (таблица 1).

Из таблицы видно, что нами было проведено сравнение среднего содержания иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в сыворотке крови и секреторного S-IgA в слюне до лечения во всех трех группах пациентов. Третья группа пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом среднетяжелой степени (16 человек), которым была использована реинфузия УФ облученной аутокрови после проведенной комплексной терапии по общепринятой схеме лечения больных с патологией пародонта.

При катаральном гингивите, хроническом генерализованном пародонтите средней и среднетяжелой степени среднее содержание иммуноглобулина IgA в сыворотке крови ($2,36 \pm 0,19$; $2,49 \pm 0,23$; $2,84 \pm 0,64$) отличалось от контрольной группы ($2,64 \pm 0,38$), но это отличие было не существенно ($P > 0,05$).

Среднее содержание иммуноглобулина IgM в сыворотке крови при катаральном гингивите и хроническом генерализованном пародонтите среднетяжелой степени отличие не достоверное от контрольной группы ($1,37 \pm 0,15$; $1,46 \pm 0,42$; и $1,30 \pm 0,13$), ($P > 0,05$), зато отмечалось снижение его при хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести по сравнению с контролем ($1,18 \pm 0,06$; $1,30 \pm 0,13$) ($P < 0,05$).

Среднее содержание иммуноглобулина IgG в сыворотке крови, как при катаральном гингивите так и хроническом генерализованном пародонтите средней и среднетяжелой степени было существенно ниже, чем в контрольной группе ($18,8 \pm 1,2$; $17,5 \pm 1,35$; $14,39 \pm 3,79$ и $27,9 \pm 1,18$), ($P < 0,05$), поскольку тяжесть патологического процесса значимо влияла на величину этого показателя.

При катаральном гингивите и хроническом генерализованном пародонтите средней степени тяжести

Таблица 1.

Содержание Ig у больных с различными формами заболевания тканей пародонта до и после использования УФО аутокрови комплексной терапии

Заболевание и число обследованных	Символ	IgA	IgM	IgG	S-IgA слюны
		M±m	M±m	M±m	M±m
Контрольная группа n-10	P	2,64±0,38	1,30±0,13	27,9±1,18	0,58±0,05
Гингивит катаральный генерализованный n-15	P ₁	2,36±0,19 P-P ₁ >0,05	1,37±0,15 P-P ₁ >0,05	18,8±1,2 P-P ₁ <0,001*	0,87±0,16 P-P ₁ <0,05*
Пародонтит генерализованный средней степени n-13	P ₂	2,49±0,23 P-P ₂ >0,05 P ₁ -P ₂ >0,05	1,18±0,06 P-P ₂ >0,05 P ₁ -P ₂ <0,05*	17,5±1,35 P-P ₂ <0,001* P ₁ -P ₂ >0,05	1,17±0,27 P-P ₂ <0,05* P ₁ -P ₂ >0,05
Пародонтит генерализованный среднетяжелой степени до лечения n-19 (18-44 г)	P ₃	2,84±0,64 P-P ₃ >0,05 P ₂ -P ₃ >0,05	1,46±0,42 P-P ₃ >0,05 P ₂ -P ₃ <0,05*	14,39±3,79 P-P ₃ <0,01* P ₂ -P ₃ >0,05	0,57±0,02 P-P ₃ >0,05 P ₂ -P ₃ <0,05*
Пародонтит генерализованный среднетяжелой степени после лечения n-16	P ₄	4,26±0,51 P ₃ -P ₄ <0,05*	2,26±0,69 P-P ₄ <0,05* P ₃ -P ₄ <0,05*	18,58±0,32 P-P ₄ <0,01* P ₃ -P ₄ <0,05*	0,67±0,15 P-P ₄ <0,05* P ₃ -P ₄ <0,05*

среднее содержание секреторного S-IgA иммуноглобулина было существенно выше (0,87±0,16; 1,17±0,27; 0,58±0,05), (P<0,05) по сравнению с контрольной группой, что по видимому может указывать на мобилизацию реактивных сил организма, выполняющих компенсаторную функцию при данных формах заболевания [9].

При хроническом генерализованном пародонтите среднетяжелой степени значение секреторного S-IgA иммуноглобулина существенно не отличалось (0,57±0,02 и 0,58±0,05), (P>0,05) от содержания его в контрольной группе, что подтверждается данными ряда авторов.

После проведенного комплексного лечения по методике общепринятой схемы лечения патологии пародонта и проведенного нами курса лечения 7 реинфузий ультрафиолетово облученной аутокрови (16) больным при хроническом генерализованном пародонтите среднетяжелой степени отмечено, что содержание иммуноглобулинов IgA, IgM, IgG в сыворотке крови и секреторного S-IgA иммуноглобулина имеет тенденцию к повышению для IgA (4,26±0,51 и 2,84±0,64) для IgM 2,26±0,69 против 1,46±0,42 (P<0,05), для S-IgA 0,67±0,15 против 0,57±0,02 (P<0,05) относительно исходного уровня.

Из данных клинического обследования видно, что у больных отмечалось улучшение самочувствия, аппетита, сна, нормализация цвета десен, снижение кровоточивости из десен, исчезли гнойные выделения из карманов. Повторное клиническое обследование у этих больных через 3,6 месяцев показало, что за этот период обострений не было.

Выводы: таким образом, полученные данные показали целесообразность применения реинфузии ультрафиолетово облученной аутокрови в комплексном лечении заболеваний тканей пародонта для повышения активности общей и местной иммунной защиты

организма, для сокращения сроков лечения и получения стойкого клинического эффекта.

Литература:

1. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. - Москва, 2004.
2. Барер Г.М. Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение: Учебное пособие. М., ГЭОТАР – Медиа, 2008. - Ч.2. – 224 с.
3. Афанасьева У.В., Соловьева А.М., Афиногенов Т.Е. Роль микробного фактора в развитии начальных форм воспалительных заболеваний пародонта // Клинич. имплант. и стоматология, 2001. № 3-4 (17 18). с.81-84.
4. Орехова, Т.В. Кудрявцева // Клиническая имплантология и стоматология, 2000. - Т.3-4. - № 13-14. - С. 95-99.
5. Дуткевич И.Г. и соавт. «Изменения гемостатического потенциала крови после аутогемотрансфузий с УФ облучением». – В сб.: Механизм влияния облученной ультрафиолетовыми лучами крови на организм человека и животных. – Л.: Наука. – 1986. – С. 97-103.
6. Леванович В.В., Ворыпин Д.М. «Аутоотрансфузия УФО крови в лечении гнойного перитонита у детей. – Вестн. хир. – 1986. - № 7. – с. 7-10.
7. Ротарь В.И. и соавтор. «Влияние ультрафиолетового облучения крови на ее кислородтранспортную функцию. – Клин. хир. – 1990. – N 3. – С. 29-30.
8. Максимовский Ю.М., Чиркова Д.Т., Фролова Т.А. и др. Клинико-иммунологические особенности патогенеза катарального гингивита. (Сообщение 1) // Стоматология. – 2003. - №3. – С. 24.
9. Осольский Г.И., Щеглов В.А. Анализ местного и общего иммунитета при одонтопрепарировании // Фундаментальные исследования. – 2012. - №12 – 1. – С. 167-172.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Леус П.А.

Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Беларусь

Резюме. В свете глобальной тенденции постарения населения, национальные системы стоматологической помощи принимают определенные меры по оказанию адекватной стоматологической помощи пожилым пациентам. Как система здравоохранения, так и врачи-стоматологи должны быть готовы к увеличению спроса на стоматологическую помощь старших возрастных групп населения и для этого, в первую очередь, необходимо знать особенности оценки стоматологического статуса этой категории пациентов.

Ключевые слова: геронтостоматология, стоматологический статус пожилых людей, вторичная адентия, мониторинг, качество жизни.

УЛГАЙГАН АДАМДАРДЫН СТОМАТОЛОГИЯЛЫК СТАТУСУН
БААЛООНУН ЧЕКТЕРИ

Леус П.А.

Белоруссия мамлекеттик медицина университети
Минск ш., Белоруссия

Корутунду. Улгайган адамдарга стоматологиялык жардам көрсөтүдө улуттук система белгилүү чектетишелүү чараларды кабыл алат. Саламаттылыкты сактоо системасы, стоматолог – адис, улгайган адамдардын стоматологиялык жардамга муктаждыгын өзгөчүлүктөрүн канаттандырууга даяр болусу зарыл. Биринчи кээкте, алардын стоматологиялык статусун баалонун чектери аныкталат.

Негизги сөздөр: улгайган адамдардын стоматологиясы, улгайган адамдардын стоматологиялык статусу, мониторинг, жашоосунун сапатты.

CRITERIONS FOR EVALUATION OF ELDERLY'S ORAL HEALTH STATUS

Leous P.A.

Belorussian State Medical University
Minsk c., Belarus

Resume. In a view of the global trend, that population getting older, the national systems of oral health care are taking certain measures in order to provide adequate dental treatment to elderly patients. Dentists have to be prepared to the growing demand based on particularities of their dental status.

Key words: gerontology, elderly patients, oral health, edentulousness, quality of life.

Актуальность.

Большинство современных молодых людей, обладающих красивой улыбкой, нисколько не беспокоит ее сохранность в пожилом возрасте. Старость кажется, очень далекой и ее туманные ценности молодым непонятны. Нужно прожить долгие годы, чтобы в предпенсионном возрасте подумать о будущем, конечно, не в первую очередь о зубах. Такая философия – на индивидуальном уровне. На общественном – забота о состоянии жевательного аппарата пенсионеров занимает одно из приоритетных мест, особенно в государствах декларирующих бесплатное, или льготное зубопротезирование. Дорого. По стоимости сравнимо с самыми затратными отраслями медицины. За редким исключением, каждый человек из категории старших возрастных групп, для сохранения функции жевания, нуждается в определенном количестве искусственных зубов.

На эти, давно известные проблемы, наслаивается еще одна – прогрессирующее постарение населения. Люди, благодаря успехам медицины, живут дольше и количество пожилых стоматологических пациентов с каждым годом увеличивается. Отсюда зарождается новая наука – геронтостоматология. Книг и научных статей

на эту тему на просторах СНГ очень мало. «Узких» специалистов вообще нет. На стоматологических факультетах геронтостоматология, как предмет, не преподается. В Белорусском государственном медицинском университете, перед тем как ввести в учебную программу две лекции и один семинар по геронтостоматологии, опросили студентов старшего курса, преподавателей и практических врачей-стоматологов о целесообразности этого новшества. Многие врачи считали пожилых людей «потерянным поколением», на лечение которого не следует тратить время и средства.

В Беларуси наблюдаются такие же демографические тенденции, как и в большинстве Европейских стран. Пропорция пожилых людей в возрасте старше 70 лет за период с 2001 по 2012 год увеличилась на 2% [2]. Однако надежды на долгую жизнь зачастую связаны с негативным видением старости, ожиданиями снижения интеллектуальных способностей и социальной активности, а также физического здоровья. Увеличение продолжительности жизни пожилого населения требует улучшения ее качества. Одна из наиболее важных проблем пожилых людей – ухудшение стоматологического здоровья [1, 5, 12]. Стоматологический персонал должен знать

тенденции и особенности стоматологического статуса пожилых пациентов и быть готовым предупредить болезни, характерные для них, а также оказать квалифицированную помощь, используя современные методы и технологии.

Целью исследования явилось обобщение международного опыта по эпидемиологии основной составляющей стоматологического статуса пожилых людей – утери зубов, возможных причин и влияния стоматологического здоровья на качество жизни.

Методы исследования.

Проведен метаанализ международной научной стоматологической литературы и данных собственных исследований описательной и аналитической эпидемиологии в Беларуси. Стоматологические осмотры трех возрастных групп населения, 55-64 года, 65-74 года и 75 лет и старше, по сто и более человек в каждой группе, проведены клинически калиброванными врачами стоматологами под руководством и с участием доц. Л.Г. Борисенко и проф. Н.А. Юдиной во всех шести областях и г. Минске Республики Беларусь в 1994, 2004 и 2011 годах. Анонимное анкетирование студентов стоматологического факультета Белорусского государственного медицинского университета (144 человека 5-го курса), преподавателей (34 человека) и врачей стоматологов г. Минска (103 человека), используя модифицированные вопросники ВОЗ, проведено в 2005 году. Для статистической обработки материалов исследований применяли систему ANOVA.

Результаты и обсуждение.

Данные аналитической эпидемиологии и медико-социологических исследований позволили определить три взаимосвязанные особенности людей пожилого возраста: 1) проблемы общего здоровья; 2) неудовлетворительный стоматологический статус; 3) социальные ограничения. Среди множества общих болезней, наибольшее значение для тактики стоматолога на приеме пожилых пациентов имеют широко распространенная ишемическая болезнь сердца, хронические респираторные болезни, сахарный диабет, ухудшение психического здоровья. Для стоматологического статуса населения старших возрастных групп характерны частичная, или полная вторичная адентия, кариес поверхности корней зубов, средней и тяжелой степени болезни пародонта, сухость полости рта, многие болезни слизистой оболочки рта и риск злокачественных опухолей. К социальным проблемам и ограничениям относятся недостаточная мотивация к посещениям стоматолога, особенно у людей имеющих отрицательный опыт (очереди, боль, некачественное лечение), финансовые ограничения пенсионеров для оплаты дорогостоящих методов лечения, недостаточная доступность стоматологической помощи, особенно в сельской местности, ограниченная мобильность, особенно у инвалидов и больных общими заболеваниями. В рамках задач настоящего исследования основное внимание будет уделено проблеме утери зубов (частичной и полной вторичной адентии) населением старших возрастных групп, факторам риска и наблюдаемым тенденциям в Беларуси и мире.

Распространенность и причины утери зубов у пожилых людей. В современной международной научной стоматологической литературе подавляющее большинство

работ посвящено успехам первичной профилактики кариеса зубов. При этом, конечные ее результаты – стоматологический статус пожилого населения – в статьях по профилактике не приводятся. Действительно, в ряде стран Западной Европы распространенность и интенсивность кариозной болезни у детей приобретает казуистический характер. Однако, в тех же странах, очень большая пропорция людей, достигших почтенного возраста, частично, или полностью теряют зубы. На рис. 1, приведены последние данные о пропорциях пожилого населения избранных стран с полной утерей зубов (полной вторичной адентией). Важно заметить, что ряд стран с самой низкой распространенностью и интенсивностью кариеса у детей школьного возраста «лидируют» по количеству беззубого населения старших возрастных групп: в Финляндии – 36% [14], в Бельгии – 32% [8] в Германии – 23% [13]. При этом, основной причиной утери зубов населением являются осложнения кариеса зубов. Данные описательной эпидемиологии четко показывают, что во всех странах в мире средний КПУ зубов у пожилого населения примерно одинаков, в пределах 20-24 ед., независимо от стоматологического статуса детей. По последним данным из ряда стран (рис. 2) также очевидно отсутствие четкой взаимосвязи КПУ детского и пожилого населения. Так средний КПУ постоянных зубов 12-летних детей в Беларуси 2.2, в Дании – 0.6; средний КПУ зубов у людей старше 65 лет в этих странах 21.7 и 21.9 соответственно. Таким образом, вторичной адентии среди населения сопутствует высокая интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ в старших возрастных группах. По данным эпидемиологических исследований в Беларуси и России в структуре КПУ зубов населения 65 лет и старше преобладает компонент «У» – удаленные зубы (61-65%), т.е., среднестатистический человек пожилого возраста теряет более половины зубов (рис. 3). В России 16% [4], в Беларуси 19% [6] пожилых людей попадают в категорию «беззубых», а остальные – в категорию пациентов с частичной вторичной адентией. Большая часть зубов удаляется из-за осложнений кариеса. В последние два-три десятилетия в ряде индустриализованных стран среди пожилых людей наблюдается позитивная тенденция сохранения большего количества естественных функционирующих зубов [12]. Так, в Дании в возрастной когорте 65 лет среднее число сохранившихся зубов было 24 ед., что на 4 ед. превышает рекомендованный ВОЗ минимум. Однако, еще во многих странах этот важнейший индикатор стоматологического здоровья населения старших возрастных групп значительно ниже «условной нормы» (20 зубов). К этой группе стран также относятся Беларусь и Россия (Рис. 4).

К сожалению, в Беларуси, мы не располагаем данными о пропорции населения старших возрастных групп сохранивших 20 и более естественных функционирующих зубов, хотя этот показатель является одним из важнейших критериев для планирования долгосрочных целей улучшения стоматологического статуса населения и для оценки эффективности системы стоматологической помощи. В этом отношении, примером могут быть данные из Японии [11]. В 2005 году у 60% японцев в возрасте 55-64 года было 20 и более естественных функционирующих

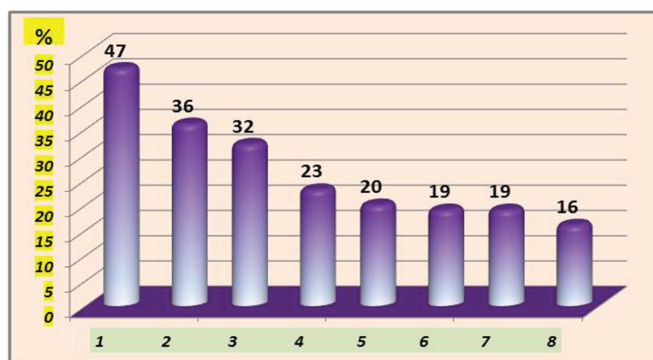


Рисунок 1. Пропорция пожилых людей с полной утерей зубов:

1) Румыния, ср. возраст 72.2 г., 38-56% [10]; 2) Финляндия, 65-74 г. [14]; 3) Бельгия, 65 л., ср. возраст 83 г. [8]; 4) Германия, 65-74 г. [13]; 5) Чили, 65-74 г. [15]; 6) Швеция, Гетеборг, ср. возраст 88.3 г. [9]; 7) Беларусь, 65-74 г. [6]; 8) Россия, Уфа, ср. возраст 63 г. [3].

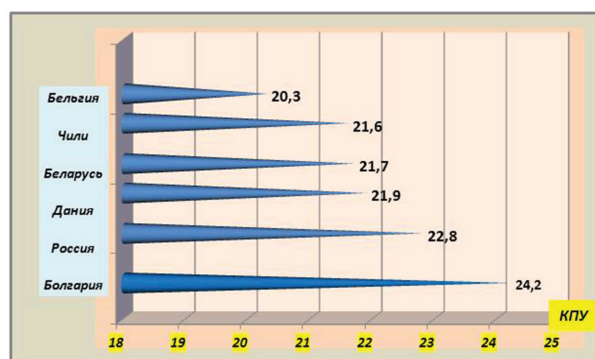


Рисунок 2. Интенсивность кариеса зубов населения старших возрастных групп в избранных странах:

Бельгии – 65 л.+ [8], Чили – 65-74 г. [15], Беларусь – 65 -74 г. [6], Дания – 65 л. + [12], Россия – 65 л.+ [4], Болгария – 60 л. + [7].

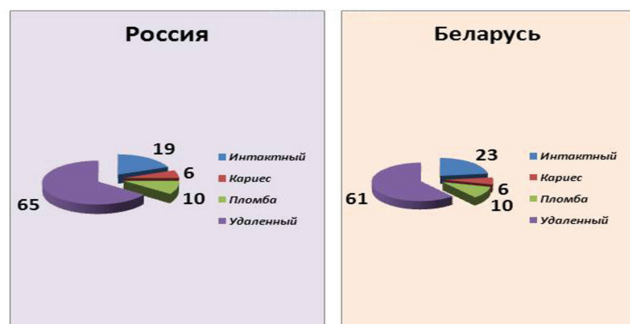


Рисунок 3. Пропорция интактных зубов и структура индекса КПУ в % у пожилых людей России и Беларуси:

интерпретация по работам Э.М. Кузьминой [4] и Н.А. Юдиной [6].

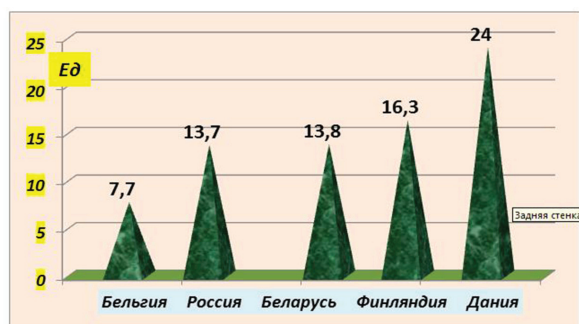


Рисунок 4. Среднее количество сохраненных естественных функционирующих зубов у пожилых людей в избранных странах:

Бельгии – 65 л.+ (ср. возраст 83 г.) [8]; России – 65 л.+ [4]; Беларуси – 65-74 г. [6]; Финляндии – 65-74 г. [14]; Дании – 65 л. ровно [12].

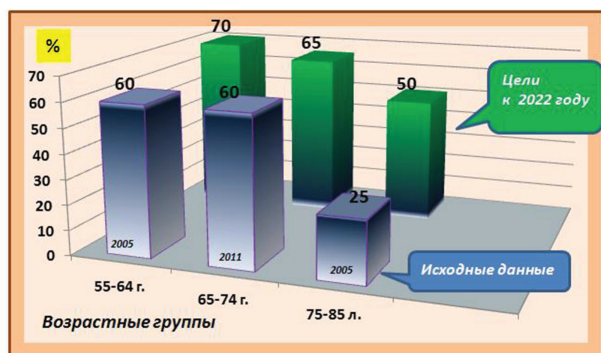


Рисунок 5. Пропорция старших возрастных групп населения Японии, сохранивших 20 и более естественных функционирующих зубов в 2005-2011 гг. и цели к 2022 году [11].

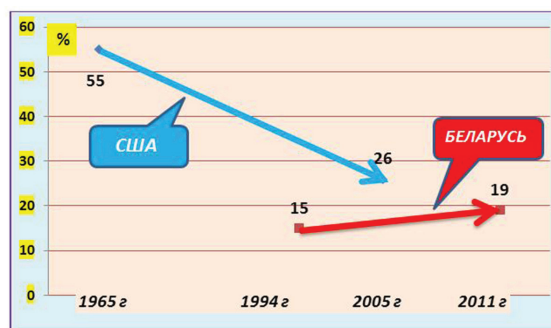


Рисунок 6. Данные многолетнего мониторинга пропорции населения США в возрасте 65-69 лет [12] и Беларуси возрастной группы 65-74 г. [1,6] с полной утерей зубов.

зубов; в возрастной группе 75-85 лет – 25% (Рис. 5).

К 2022 году в этой стране планируется увеличение пропорции населения, сохранивших естественные зубы до 70% в первой возрастной группе, до 65% - во второй и до 50% - в третьей. Не представляется возможным сравнить, какими будут различия стоматологического статуса японцев и белорусов в обозначенный период, так как в Беларуси долгосрочных планов сохранения зубов у пожилого населения в настоящее время нет, однако, очевидно, что конкретные измеримые цели улучшения стоматологического статуса пожилых людей предполагают также конкретные лечебно-профилактические мероприятия, эффективность которых можно объективно оценить. В этом отношении ВОЗ рекомендует каждой заинтересованной стране проводить постоянный мониторинг стоматологического статуса «ключевых» возрастных групп населения: 55-64 г., 65-74 г., 75 л. и старше. Наиболее показательным оценочным критерием стоматологического статуса (по ВОЗ) и индикатором стоматологического здоровья (по рекомендации Еврокомиссии по здравоохранению) для пожилых людей является пропорция населения ключевых возрастных групп с полной утерей зубов. В странах СНГ этот индикатор не включен в отчетную систему по стоматологии. Данные эпидемиологических исследований не всегда можно проанализировать из-за различий используемых методов. Например, в России осуществляется многолетний мониторинг стоматологического статуса пожилого населения 65 лет и старше [4], но не выделяются ключевые ВОЗовские возрастные группы. В итоге, неизвестно какое количество исследуемых было в возрасте 65-74 г., а какое - в возрасте 75 л. и старше, или может быть выборка была ограничена возрастом в пределах 65-70 лет. На примере описательной эпидемиологии вторичной адентии среди пожилых людей Беларуси, можно видеть какая большая разница данных среди разных возрастных групп: в возрасте 65-74 г. – 19% беззубых, а в возрасте 75 лет и старше – 31% [6]. Однако, в любом случае, многолетний мониторинг позволяет оценивать тенденции в динамике важнейшего критерия стоматологического здоровья пожилых людей – полной утери зубов и полученные данные могут быть использованы для совершенствования системы стоматологической помощи населению. На рис. 6, в качестве примера информативности рассматриваемого индикатора, приведены данные многолетнего мониторинга пропорции пожилого населения США (1965-2005 гг.) и Беларуси (1994-2011 гг.).

Анализируя эти данные описательной эпидемиологии, следует заметить, что в США, к 2005 г., в сравнении со многими странами, еще сохранился довольно большой процент беззубого населения в возрасте 65-69 лет, однако, очевидна тенденция значительного улучшения данного индикатора. В Беларуси пропорция беззубого населения возрастной группы 65-74 г. меньшая, как в сравнении с США, так и со многими другими странами (см. рис. 3), но настораживает тенденция ухудшения индикатора, что может указывать на возможные нерешенные проблемы стоматологической помощи взрослому и пожилому населению. Таким образом, данные описательной эпидемиологии с использованием

международных показателей стоматологического здоровья пожилого населения очень важны для оценки качества и совершенствования системы стоматологической помощи.

Стоматологический индекс качества жизни. Анализируя особенности стоматологического статуса старших возрастных групп населения, следует исходить из определения Всемирной организации здравоохранения категории здоровья - состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни. Исходя из этого, стоматологическое здоровье можно определить как состояние органов и тканей полости рта, влияющее на благополучие человека, предоставляя ему возможность есть и общаться с другими индивидами, не испытывая дискомфорта и озабоченности, что дает человеку неограниченное участие в избранной социальной роли [5]. Л.Г. Борисенко разработала стоматологический индекс качества жизни (сокращенно – СИКЖ) для определения уровня возможного влияния состояния зубов и полости рта на важнейшие составляющие здоровья человека: физическое, психическое (моральное) и социальное благополучие [1]. СИКЖ определяется методами опроса и врачебной оценки стоматологического статуса индивидуума, при помощи специального вопросника. Для субъективной оценки влияния состояния полости рта на физическое благополучие человека предложены три вопроса, которые касаются способности исследуемого жевать пищу, разговаривать и целоваться. Степень влияния состояния полости рта на морально-психическое благополучие индивидуума оценивается по трем вопросам, касающихся способности исследуемого без стеснения улыбаться, не страдать галитозом и обладать безупречным внешним видом челюстно-лицевой области. Для субъективной оценки степени влияния состояния полости рта на социальное благополучие индивидуума предложены также три вопроса, касающиеся способности исследуемого полноценно работать, быть социально активным и коммуникабельным. Врачебная оценка влияния состояния полости рта на качество жизни осуществляется на основании стоматологического осмотра и заполнения специального вопросника. Данные субъективной и объективной оценок суммируются. Среди пожилых людей в возрасте от 60 до 80 лет, субъективная оценка степени влияния стоматологического статуса на качество жизни исследуемых, колебалась в пределах от 3 до 27 баллов и в среднем составила 19.2 ± 0.47 (S.E.), или 71.1% от «условной нормы». Врачебная оценка находилась в пределах от 5 до 27 баллов и в среднем составила 12.3 ± 0.47 (S.E.) баллов, или 45.6% от нормы. По данным СИКЖ можно сделать вывод о значительном влиянии стоматологического статуса на физическое, психическое и социальное благополучие людей пожилого возраста. Метод может быть использован на индивидуальном, групповом и коммунальном уровнях для мониторинга медико-социальной эффективности стоматологической помощи и программ третичной профилактики стоматологических заболеваний среди старших возрастных групп населения.

Выводы:

1. Важнейшими критериями стоматологического здоровья людей старших возрастных групп на коммунальном уровне являются пропорция населения

с полной утерей зубов (полной, вторичной адентией) и среднее количество сохранившихся естественных функционирующих зубов.

2. Полной утери зубов сопутствует высокая распространенность (100%) и интенсивность кариозной болезни по индексу КПУ (более 20 ед.) в «ключевой» возрастной группе пожилых людей 65-74 г. в большинстве стран мира, независимо от успехов первичной профилактики кариеса зубов у детей и системы стоматологической помощи населению.

3. Систематический мониторинг основных индикаторов стоматологического здоровья пожилого населения с помощью методов описательной и аналитической эпидемиологии позволяет определить тенденции показателей рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения и оценить эффективность системы лечебно-профилактической стоматологической помощи населению старших возрастных групп.

4. Стоматологический статус пожилых людей непосредственно влияет на их качество жизни. Степень влияния можно определить «Стоматологическим индексом качества жизни». Данные индекса могут быть использованы для контроля эффективности проведенных лечебных мероприятий, нацеленных на улучшение качества жизни пациентов старших возрастных групп.

Литература:

1. Борисенко Л.Г. Современная геронтостоматология. – БГМУ.- Минск.- 2006.- 172 с.
2. Здравоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник. – Минск, ГУ РНМБ. - 2012. – 304 с.
3. Домеев Р.М., Булгакова А.И., Валеев И.В. Клинико-социологические исследования качества жизни у пациентов с полной и частичной адентией в г. Уфе // Материалы XX международной научно-практической конференции: «Актуальные вопросы стоматологии», Омск, 4-6 Марта 2014 г. – Омская стоматологическая ассоциация, Омск. – 2014. - С. 27-28.
4. Кузьмина Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России. СЦ ВОЗ, МГМСУ, М., 2009, 236 с.
5. Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология. Изд-во «Медицинская книга». – Москва. – 2008. – 444 с.
6. Юдина Н.А. и соавт. Эпидемиология кариеса зубов среди населения Беларуси, 2010. // Стоматологический журнал. – 2011. - Т. XII, № 2. – С. 67-69.
7. Bonev B., Yaneka K.R., Damianov N. Relationship between DMFT and socio-demographic factors among people over the age of 20 years in Bulgaria // 17th Annual Congress of European Association of Dental Public Health, 15-17 November 2012, London, UK. - "DeCare Dental". – 2012. - P. 52.
8. De Visschere L. et al. Objective and subjective treatment need of elderly people in Belgium. 17th Annual Congress of European Association of Dental Public Health, 15-17 November 2012, London, UK, "DeCare Dental", 2012, p.49.
9. Hansson L.T. Oral health in frail and dependent elderly // 19th Annual Congress of the European Association of Dental Public Health, 12-14 June 2014, Gothenburg, Sweden. – EADPH Abstracts, 2014. - # 2685. – P. 81.
10. Murariu A., Hanganu S.C. Prevalence of edentulousness among elderly in Iasi, Romania. 17th Annual Congress of European Association of Dental Public Health, 15-17 November 2012, London, UK, "DeCare Dental", 2012, p. 50.
11. Okubo M. Dentistry in aging society // Journal of Japan Dental Association. – 2014. – V. 66, # 10. – P. 6-25.
12. Petersen P.E., Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme // Community Dental Oral Epidemiology. – 2005. – V. 33. – P. 81-92.
13. Schiffner U. et al. Oral health in German children, adolescents, adults and senior citizen in 2005. // Community Dental Health. - 2009. – V. 26. – P. 18-22.
14. Suominen-Taipale L., Nordblad A. et al. Oral health in the Finnish adult population – 2000 survey // KTL – National Public Health Institute, Helsinki. – B 25/2008. – 95 p.
15. Urzua I. et al. Caries prevalence in an older population from Santiago, Chile // Caries Research. – 2008. – V. 42. – P. 203. – Abstr. № 42.

ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКОГО КАРИЕСА, ЗАБОЛЕВАНИЙ ПУЛЬПЫ И АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПОРТЛАНДЦЕМЕНТА**Манах Т.Н., Полонейчик Н.М., Чернышёва Т.В.**Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Беларусь

Резюме. В статье представлены результаты морфологического исследования реакции тканей пульпы зуба и периодонта на взаимодействие с материалом на основе МТА Рутсил. Установлено, что Рутсил не препятствует процессам циркуляции тканевой жидкости между его зёрнами, а также прорастанию между ними сосудов микроциркуляторного русла. Развитие сосудистого компонента рядом с материалом и в его толще свидетельствует об отсутствии токсического влияния материала Рутсил на процессы регенерации тканей зуба. Интенсивное развитие сосудистого компонента в соединительной ткани рядом с материалом Рутсил, а также формирование сети микроциркуляторного русла непосредственно в материале является главным трофическим фактором, от которого зависит высокая скорость заживления мягких тканей и восстановления функции зуба.

Ключевые слова: пульпа зуба, прямое покрытие пульпы, непрямое покрытие пульпы, гидроксид кальция, минерал триоксид агрегат, третичный дентин, стоматологический портландцемент.

ТЕРЕҢДЕГЕН КАРИЕСИ, ПУЛЬПАНЫН ЖАНА АПИКАЛДЫК ПЕРИОДОНТТУН ООРУЛАРЫН СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ПОРТЛАНДЦЕМЕНТТИ КОЛДОНУП ДАРЫЛОО**Манах Т.Н., Полонейчик Н.М., Чернышева Т.В.**Белоруссия мамлекеттик медицина университети
Минск ш., Белоруссия

Корутунду. Макалада, тиштин пульпасына жана периодонттун ткандарына МТА Рутсил материалынын таасири морфологиялык изилдөөнүн жыйынтыгы келтирилген. Рутсил, андагы данекчелерин, ткандагы суюктуктун айлануусуна жана алардын ортосундагы микро айлануу агымынын тамырчаларынын өсүп чыгуусуна тоскол болбой тургандыгы далилденди. Материалдын тийишкен чегинде жана анын ички массасында да тамырчалардын өсүп чыгуусу, Рутсил материалы, тиштин тканы жаңырып өсүүсүнө ууландыруучу таасири болбой тургандыгын көрсөттү. Байланыштыруучу тамырчалардын, Рутсил материалына тыгыз тийишкен чектеринде жана материалдын ички массасында микро айлануу агымынын түзүлүсү жумшак ткандын айыгуусун тездетин, тиштин калыбына келүүсүн да тездетет.

Негизги сөздөр: тиштин пульпасы, пульпаны түз каптоо, пульпаны кыйыр каптоо, кальцийдин гидрооксиди, триоксид агрегат минералы, үчүнчүлүк дентин, стоматологиялык портландцемент.

TREATMENT OF DEEP CARIES, PULP AND APICAL PERIODONTIUM DISEASES WITH DENTAL PORTLAND CEMENT**Manak T.N., Poloneichik M.N., Chernysheva T.V.**Belorussian State Medical University
Minsk c., Belarus

Resume. The article presents the results of histological studies of the interaction of dental pulp and periodontal connective tissue with material based on MTA Rootseal. It was found that the material does not interfere with the processes of tissue fluid circulation between Rootseal grains, as well as germination between microvascular. The development of the vascular component near the material and its thickness indicates the absence of toxic effects on the tooth tissue regeneration. Intensive development of connective tissue vascular component close to the material Rootseal, as well as the formation of microvascular network in the material itself is the main trophic factor that depends on high speed tooth soft tissue healing.

Key words: dental pulp, direct pulp capping, indirect pulp capping, calcium hydroxide, mineral trioxide aggregate, tertiary dentin, dental Portland cement.

В повседневной клинической практике врачи-стоматологи постоянно сталкиваются с глубоким кариесом и его осложнениями, приводящими к эндодонтическому лечению зубов. Обращаемость населения Республики Беларусь по поводу пульпита и апикального периодонтита в последние годы составляет от 28 до 30% от всех посещений в стоматологических поликлиниках. В соответствии с данными статотчетов, количество диагнозов «пульпит» с каждым годом возрастает: с 10,8% в 2011 г. до 11,5% в 2013 г. и 11,2% - 2014г; диагноза «апикальный периодонтит»: с 16,5% в 2010 г. до 18,9% в 2014 г. Такое увеличение количества осложнений кариеса в виде пульпитов и

апикальных периодонтитов говорит о том, что качество стоматологического лечения оставляет желать лучшего [1]. Рост количества осложнений стал одной из причин увеличения количества повторных посещений с 61,2% в 2011 г. до 62,8% в 2014 г. соответственно. Показатель законченного эндодонтического лечения постоянных зубов за последние годы также увеличился с 1 485 331 в 2010 г. до 1 529 040 в 2014 г.

Проведенный нами рентгенологический контроль (2010г.) выявил, что удовлетворительно obturированы были только 21,74% однокорневых зубов и 8% многокорневых зубов [2]. В основном проблемы связаны с чрезвычайно

высокой сложностью анатомического строения корневой системы зуба, качеством медико-инструментальной очистки корневых каналов и неполноценной трехмерной obturацией.

Некачественное лечение осложненного кариеса зубов представляет огромную медико-социальную проблему, одним из путей решения которой является более широкое использование современных средств и методов для эффективного лечения пульпитов и апикальных периодонтитов, в частности использование портландцементов. Однако большинство из них являются импортными и их высокая стоимость сдерживает внедрение в практику стоматологических учреждений Республики Беларусь, что обуславливает необходимость разработки новых методических подходов и отечественных материалов для эндодонтического лечения.

Во многих исследованиях доказана высокая эффективность применения материалов из группы портландцементов на основе минерал триоксид агрегата (МТА) для лечения пульпитов и апикальных периодонтитов. МТА впервые был упомянут в научной литературе в 1993 г. Этот биоактивный материал изначально использовался сугубо для ретроградного пломбирования корневых каналов [3]. Но постепенно, благодаря ряду его уникальных свойств, способствующих эффективному эндодонтическому лечению, показания для его применения расширились и стали включать покрытие пульпы, obturацию корневых каналов, закрытие перфораций и апексификацию [4]. В состав МТА входят трехкальциевый силикат ($3\text{CaO} \cdot \text{SiO}_2$), двухкальциевый силикат ($2\text{CaO} \cdot \text{SiO}_2$), трехкальциевый алюминат ($3\text{CaO} \cdot \text{Al}_2\text{O}_3$), а также оксид висмута для придания рентгеноконтрастности [5].

На основании вышеуказанных данных нами разработан отечественный цемент группы МТА Рутсил [6] в соответствии с ТУ ВУ 500028540.014–2013 и методика его применения. Портландцемент Рутсил характеризуется:

- способностью твердеть во влажной среде и не рассасываться;
- высокой биологической совместимостью с тканями зуба;
- отсутствием аллергических реакций;
- надежной герметизацией и физико-механическими показателями;
- небольшим расширением при твердении, что исключает краевую проницаемость и предупреждает бактериальную миграцию;
- высокой антимикробной активностью за счет выделения гидроксида кальция;
- отсутствием раздражающего действия на пульпу;
- отсутствием воспаления в окружающих тканях;
- одонтотропным действием;
- способствует регенерации пульпы, дентина, цемента, кости.

Рутсил может применяться в терапевтической стоматологии и использоваться врачами-стоматологами, работающими в частных и государственных поликлиниках.

Показанием к его применению является лечение зубов взрослых пациентов с кариесом дентина, гиперемией пульпы, пульпитами и апикальными периодонтитами

(с деструкцией костной ткани, резорбцией корня и перфорациями). Диагнозы по ВОЗ, 1994:

1. Кариес дентина (K04.01);
2. Пульпиты (гиперемия пульпы, острый, гнойный, хронический, некроз пульпы (K04.00-K04.1));
3. Хронический апикальный периодонтит (K04.5);
4. Периапикальный абсцесс со свищем и без свища (K04.6, K04.7)

Противопоказания: кариес поверхности корня, наличии глубоких периодонтальных карманов, вовлечение фуркации 3-4-й степени, подвижности зуба 3-й степени, перфорации более 3-5мм, а так же в случаях когда эндодонтическое лечение не является целесообразным.

В процессе изучения действия цемента Рутсил было проведено сравнительное исследование его биологических свойств.

Цель исследования: морфологическая оценка взаимодействия тканей зуба с материалом Рутсил.

Материалы и методы исследования.

Экспериментальное исследование выполнено на 6 беспородных собаках обоих полов в возрасте от 2 до 6 лет, весом от 5 до 12 кг. В эксперимент включены 36 зубов (резцов) и 24 жевательных зуба верхней челюсти. Всем животным под общим обезболиванием (тиопенталовый наркоз) были отпрепарированы полости на вестибулярной поверхности резцов, диаметром 2 мм при водно-воздушном охлаждении. Два резца нижней челюсти у каждого животного были оставлены интактными (контроль). В 4 резцах верхней челюсти были отпрепарированы полости со вскрытием пульповой камеры, из них в двух резцах было проведено прямое покрытие пульпы с использованием материала на основе гидроксида кальция DyCal, в других двух – МТА Рутсил. В жевательных зубах смоделированы перфорации корня (латеральные и в области фуркации) и проведено их закрытие материалом Рутсил. Через 7 и 30 дней после повторной наркотизации зубы были удалены. Зубы собак после удаления фиксировали 7 суток в 10%-м формалине, затем приготавливали срезы по общепринятой методике. Препараты изучали под оптическим микроскопом. Цифровые фотографии получали с помощью микроскопа Биолам РЗ, микрофотонасадки МФН-12 и цифрового зеркального фотоаппарата Canon 40D.

Результаты и обсуждение.

Результаты прямого покрытия пульпы материалом DyCal на 7 сутки. На 7 сутки в периферическом слое пульпы – слое одонтобластов – выявлены выраженные дегенеративно-некротические процессы в виде микроочагов. Местами наблюдается растворение материала лечебной прокладки. На границе одонтобластического и субодонтобластического слоев также определялось образование микрополостей с заключенными в них тканевыми детритами. В преодонтобластическом слое обнаруживались очаги с выраженной дезорганизацией клеточных структур. На периферии центрального слоя пульпы, ближе к субодонтобластическому, определяются скопления лейкоцитов и крупных макрофагов.

В случае вскрытия пульпарной полости в эксперименте нередко наблюдается образование тромба. Это явление наблюдается как в случае применения DyCal,

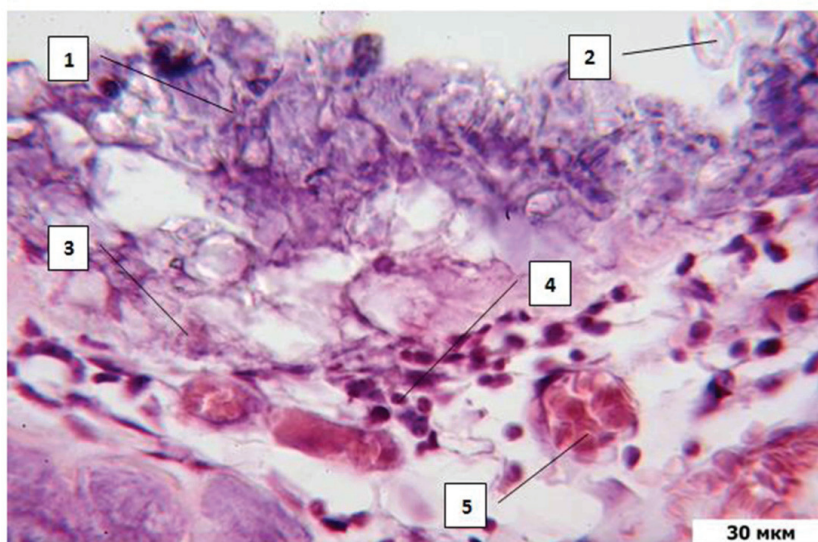


Рисунок 1. Граница материала Рутсил и соединительной ткани пульпы.
1 – материал Рутсил; 2 – стекловидный компонент Рутсил; 3 – бесклеточный слой на границе пульпы и материала; 4 – слой с клеточными элементами; 5 – кровеносные сосуды микроциркуляторного русла. Ув.: объектив 40х, фотокуляр 7х. Окраска: гематоксилин и эозин.

так и в случае применения Рутсила. Впоследствии в фибриновые массы тромба проникают кровеносные сосуды.

Результаты прямого покрытия пульпы материалом Рутсил на 7 сутки. На 7 сутки после прямого покрытия пульпы материал Рутсил разделяется на хорошо видимые зоны, различающиеся по строению и окраске. Их появление свидетельствует о химическом взаимодействии компонентов, составляющих пломбировочную смесь, и биологических жидкостей, присутствующих в тканях зуба.

При вскрытии пульпарной наблюдалось перемешивание частиц компонентов Рутсила с межклеточным веществом соединительной ткани. Там же часто обнаруживались обломки дентина («чипсы»), содержащие дентинные каналы. Они образуются во время перфорации дентина вследствие того, что края тонкой стенки дентина, отделяющей искусственную полость от пульпарной камеры ломаются в результате давления на них режущего инструмента.

Как известно, пульпа зуба является специализированной рыхлой волокнистой соединительной тканью. Поэтому взаимодействие порошкообразного комплекса МТА Рутсил с пульпой зуба начинается с пропитывания периферии материала тканевой жидкостью, представляющей основу межклеточного вещества пульпы зуба. Через 7 дней с начала эксперимента после прямого покрытия пульпы между материалом Рутсил и пульпой зуба можно нередко наблюдать оксифильный слой, в котором отсутствуют клеточные элементы.

Очевидно, что после вскрытия пульпарной полости из-за повреждения кровеносных сосудов пульпы происходит образование тромба, сформировавшегося на месте кровоизлияния, что подтверждается и наличием здесь остатков гемосидерина. При гистологическом исследовании обнаружили следующие варианты локализации тромба: во-первых, между материалом для

покрытия пульпы и пульпой зуба; во-вторых, между материалом для покрытия пульпы и стенкой искусственной полости; в-третьих, непосредственно в толще материала для покрытия пульпы.

Результаты прямого покрытия пульпы материалом DyCal на 30 сутки. Частично сохранившийся материал DyCal обесцвечен. Местами материал полностью растворен с образованием пор. Кроме материала в искусственной полости содержатся остатки тромба и отложения гемосидерина. У дна полости располагаются отложения гемосидерина в виде мелких глыбок коричневого цвета. В пограничной зоне между искусственной полостью и полостью зуба встречаются фрагменты тонких пластинок дентина с сохранившимися дентинными каналами (т.н. «чипсы»), впаянные в островки материала. Ближе к центру искусственной полости располагается обесцвеченный материал DyCal. На границе с ним лежит уплотненный тромб, не содержащий клеточных ядер. Дентин рядом с искусственной полостью не изменен. Поверхность полости относительно гладкая. Признаков, указывающих на формирование третичного дентина, не обнаружено.

Результаты прямого покрытия пульпы материалом Рутсил на 30 сутки. Через 30 дней эксперимента наблюдается процесс замещения фибриновых масс тромба соединительной тканью, сопровождающийся вращением кровеносных сосудов. Таким образом начинается процесс формирования дентинного мостика. К этому сроку на границе гранулярного материала Рутсил и соединительной ткани пульпы нередко наблюдается переходная зона, в которой край массы МТА Рутсил оплетается волокнистым компонентом межклеточного вещества соединительной ткани (рис. 1). Волокна проникают на небольшое расстояние вглубь периферийного слоя материала, располагаясь между зернами компонентов Рутсил. Основная часть материала Рутсил содержит базофильные и стекловидные зерна МТА. В непосредственной близости от материала со

стороны пульпы зуба встречаются одиночные сосуды или даже группы кровеносных сосудов диаметром 10-30 мкм, которые относятся к микроциркуляторному руслу. Эти сосуды тесно связаны с кровеносной системой пульпы.

Результаты закрытия перфораций корня материалом Рутсил. В области контакта материала Рутсил с соединительной тканью периодонта (в области перфорации бифуркации корня) также наблюдаются разрастания кровеносных сосудов. Через 30 дней после начала эксперимента иногда встречаются картины моноклеарной инфильтрации ткани на границе с материалом, что может свидетельствовать о затухающих воспалительных процессах. Богатая васкуляризация зоны контакта тканей с материалом может говорить в пользу адаптации мягких тканей периодонта к портландцементу.

Помимо феномена разрастания кровеносных сосудов в соединительной ткани пульпы зуба и периодонта по соседству с материалом Рутсил, были обнаружены также картины вставания мелких кровеносных сосудов непосредственно в зернистое содержимое пломбы из портландцемента, независимо от локализации последней. Как правило, наблюдается формирование целой сети капилляров, артериол и венул микроциркуляторного русла.

Выводы:

1. При использовании DyCal для прямого покрытия пульпы выявлены дегенеративно-некротические процессы в пульпе. Наблюдается растворение материала лечебной прокладки. Явных признаков, указывающих на формирование третичного дентина, на 30 сутки эксперимента, не обнаружено.

2. В ходе исследования установлено, что портландцемент Рутсил представляет собой разнородный по химическому составу материал, который позволяет тканям зуба извлекать из него необходимые для регенерации тканей зуба компоненты. В его составе содержатся вещества, как образующие водорастворимые соединения, так и нерастворимые в воде (SiO_2). В то время как первые служат в качестве депо ионов, необходимых для регенерации твердых тканей, зерна вторых выполняют опорную функцию и создают условия для образования лечебной прокладки, обладающей механической прочностью.

3. При проведении прямого покрытия пульпы, а также при закрытии перфораций корня, развитие

сосудистого компонента рядом с материалом Рутсил и в его толще свидетельствует об отсутствии токсического влияния материала на процессы регенерации в соединительной ткани зуба (пульпе и апикальном периодонте). Интенсивное развитие сосудистого компонента в соединительной ткани, контактирующей с материалом, а также формирование сети микроциркуляторного русла непосредственно в материале является главным трофическим фактором, от которого зависит высокая скорость регенерации в пульпе и восстановления функции зуба.

4. Соединительная ткань пульпы зуба во время контакта с Рутсилом частично проникает в периферический слой материала, закрепляя не растворившиеся зерна двуокиси кремния SiO_2 сетью коллагеновых волокон и, тем самым, упрочняя и стабилизируя периферию материала, проникшего в пульпарную полость. Таким образом формируется прочный каркас для формирования дентинного мостика.

Заключение.

Таким образом, материал на основе МТА Рутсил продемонстрировал отсутствие токсического влияния на клетки соединительной ткани зуба, высокую биосовместимость вплоть до вставания кровеносных сосудов в толщу материала. Результаты проведенного исследования убедительно доказывают эффективность использования материала Рутсил как прямого покрытия пульпы с целью восстановления ее жизнеспособности, так и для закрытия перфораций корня.

Литература:

1. Матвеев, А.М., Итоги деятельности стоматологической служб Республики Беларусь за 2012 год и основные направления развития в 2013 г. / А.М. Матвеев // Стоматологический журнал – 2013 г. – №1. – С.94-98.
2. Манак Т.Н., Современные подходы к эндодонтическому лечению // Современные достижения Азербайджанской медицины – 2013 г. – №1. – С.151-156.
3. Lee S-J, Monsef M, Torabinejad M. Sealing ability of a mineral trioxide aggregate for repair of lateral root perforations. *Journal of Endodontics*. 1993;19(11):541-544.
4. Torabinejad M, Chivian N. Clinical applications of mineral trioxide aggregate. *Journal of Endodontics*. 1999;25(3):197-205.
5. Torabinejad M, White D. US Patent 5,769,638
6. Патент РБ № 15766 «Материал для пломбирования корневых каналов зубов». - 30.04.2012.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ПАРОДОНТИТ И ДЕНТАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

**Искакова М.К., Жартыбаев Р.Н., Тлеубаев А.К., Муродова Н.У.,
Курача К.М., Дильбарханов Б.П.**

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
г. Алматы, Казахстан

Резюме. Определена индивидуальная лечебная тактика к пациентам с патологией пародонта и подготовка их к хирургическому протезированию, т.е. дентальной имплантации. При выборе терапевтического и хирургического метода лечения были учтены особенности течения заболевания, особенности стоматологического и соматического статуса пациентов.

Ключевые слова: пародонтит, дентальная имплантация, тактика, проблемы, задачи, решения.

**КЕЦИРИ ЖАЙЫЛГАН ПАРОДОНТИТ ЖАНА ДЕНТАЛДЫК ИМПЛАНТАЦИЯЛООНУН
МАСЕЛЕЛЕРИ ЖАНА ЧЕЧҮҮНҮН ЖОЛДОРУ**

**Искакова М.К., Жартыбаев Р.Н., Тлеубаев А.К., Муродова Н.У.,
Курача К.М., Дилбарханов Б.П.**

С.Д. Асфендияров атындагы Казак улуттук медицина университети
Алматы ш., Казакстан

Корутунду. Пародонтит өнөкөт оорусун дарылоонун жана хирургиялык протездөөгө, б.а. денталдык имплантациялоого даярдоонун ар бир адамдын өзүнө гана ыңгайлуу жолдорун иштеп чыгуу керек экендеги аныкталган. Терапиялык жана хирургиялык дарылоонун методун тандоодо оорунун өзгөлүктөрү, стоматологиялык жана соматикалык статусун эсепке алуу керек.

Негизги сөздөр: пародонтит, денталдык имплантациялоо, метод, маселелер, чечүүнүн жолдору.

**GENERALIZED PERIODONTAL DISEASE AND DENTAL IMPLANTATION: PROBLEMS
AND SOLUTIONS**

**Iskakova M.K., Zhartybayev R.N., Tleubayev A.K., Murodova N. U.,
Kuracha K.M., Dilbarkhanov B.P.**

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov
Almaty c., Kazakhstan

Resume. Individual medical tactics to patients with pathology of a parodont and their preparation to surgical prosthetics, i.e. dental implantation is defined. At a choice of a therapeutic and surgical method of treatment features in the process of a disease. Feature of the stomatologic and somatic status of patients were considered.

Key words: periodontal disease, dental implantation, tactics, problems, tasks, decisions.

Заболевания пародонта наиболее распространенная патология в стоматологической практике. В последние годы наблюдается тенденция увеличения частоты заболеваний среди лиц более молодого возраста [1,2, 3,4,5]. По данным ВОЗ (1990), уровень заболеваний пародонта колеблется от 55-98%. В возрастной группе (15-19 лет) составляет 55-89%, а у лиц 35-44 лет – 65-98%. По данным Есембаевой С.С. (2005) генерализованный катаральный гингивит с хроническим течением в возрасте 15-19 лет составил 70,9-96,8% случаев; в 35-44 летнем возрасте – 80-96,8%. По данным Куттубаевой К.Б. (2002) быстрый переход от хронического гингивита к пародонтиту наблюдается именно в азиатских регионах. Предполагается, что определенную роль, наряду с особенностями гигиенических норм и характером питания, играют генетические факторы [6].

Воспалительные заболевания пародонта - гингивит и пародонтит - представляют собой серьезную медико-социальную проблему. Кроме того, именно пародонтологическое лечение становится фундаментом, на котором в дальнейшем строится тактика лечения

зубов [7]. Уровень заболеваемости данной патологии с каждым годом среди населения увеличивается, причем наблюдаются тяжелые клинические случаи развития заболевания у лиц молодого возраста, что создаёт не только медицинскую проблему, а также социальную проблему. При патологии пародонта нарушается ряд функций со стороны челюстно-лицевой области: нарушение жевательной активности, потеря зубов, нарушения со стороны височно-нижнечелюстного сустава, у пациентов развивается «комплекс неполноценности», они становятся замкнутыми, не верят в успех лечения. В настоящее время практически каждый пациент, обратившийся к стоматологу-имплантологу, имеет воспалительно-деструктивные изменения со стороны тканей пародонта, которые являются серьезной проблемой для проведения имплантации и требуют правильного поиска решения.

Решение данной проблемы необходимо рассматривать с трех позиций – терапевтической, хирургической, ортопедической стоматологии. Наибольшую проблему составляет лечение больных, а именно, определение тактики комплексного лечения таким

пациентам совместно с другими специалистами в области стоматологии, т.е. междисциплинарный подход.

Цель исследования: планирование пародонтологического больного к дентальной имплантации, профилактика осложнений.

Материал и методы исследования.

42 пациента в возрасте от 33 до 56 лет с патологией пародонта: генерализованный пародонтит II и III степени тяжести. Пациентам проводился курс консервативного лечения с последующим проведением дентальной имплантации. Составлены этапы планирования лечения, разработаны рекомендации по профилактике осложнений. Доказательная база эффективности лечения состояла из субъективных и объективных данных и данных рентгенологического метода исследования.

Результаты исследования.

Основным моментом данной категории пациентов является составление плана лечения, последовательность проведения лечебных манипуляций. Поэтому этапы планирования основывались в первую очередь на том, что заболевания пародонта являются относительным противопоказанием к дентальной имплантации и поэтому необходимо проведение оздоровительных мероприятий, от которых зависит успешность проведения дентальной имплантации. Первый этап включал в себя подготовку пациента совместно с врачом-стоматологом-терапевтом: санация полости рта, обучение навыкам и гигиенический уход за полостью рта, разъяснения по поводу роли гигиены полости рта в профилактике осложнений до установки имплантата с целью достижения максимальной стерильности операционного поля и после имплантации. Врач-стоматолог-терапевт давал рекомендации по выбору зубных паст, зубных щеток. Зубные пасты должны не только тщательно удалять зубной налёт, но также замедлять процессы бляшкообразования, накопления, препятствовать фиксации на поверхности зубов бактерий и уже сформировавшихся зубных отложений и тем самым останавливать их рост [8,9].

Немаловажным являлся психоэмоциональный настрой пациента, его активность в выполнении врачебных назначений, доверие к врачу, уверенность в успешности лечения.

На втором этапе проводилась санация пародонтальных очагов: снятие зубных отложений (кюретки Грейси, аппарат «Vector»), закрытый кюретаж, в более тяжелых случаях – проведение открытого кюретажа, в случае невозможного консервативного лечения – удаление зубов (рисунки 1,2). На данном этапе планирования пациента к дентальной имплантации важным является проведение комплексного лечения: общего и местного. В схему общего лечения мы, как правило, вводили витаминные препараты (поливитамин), кальцийсодержащие препараты (кальцевит), иммунокорректирующие (иммунорм) и антибактериальные препараты (цефалоспорины, метранидазол). Введение в схему общего лечения антибактериальных препаратов: антибиотики широкого спектра действия последнего поколения способствовали также профилактике осложнений до и после проведения дентальной имплантации; метранидазол обладает выраженным бактерицидным действием. В схему местной

терапии вводили противовоспалительные мазевые аппликации в сочетании с ранозаживляющими средствами (бутадионовая, метилурациловая мазь, масло шиповника). После проведения курса лечения врач-стоматолог-терапевт давал заключение о подготовке пациента к проведению дентальной имплантации. В случае незаконченного лечения или при невыполнении оздоровительных мероприятий возрастал риск возникновения осложнений, риск в эффективности и успешности лечения, и как следствие, несостоятельность проведения дентальной имплантации.

После окончания лечения пациент наблюдался в течение месяца, далее повторные осмотры проводились каждые 3 месяца: наблюдение в динамике, создание оптимальных условий для перевода пародонтального очага в стадию ремиссии, создание оптимальных условий для проведения дентальной имплантации.

Третий этап – установка дентальных имплантатов, наблюдение с целью профилактики осложнений.

В раннем послеоперационном периоде пациентам рекомендовали строго соблюдать рекомендации врача-стоматолога: прием лекарственных препаратов (анальгетики, антибиотики широкого спектра действия), соблюдение диеты (в первую неделю после имплантации зубов употреблять мягкую, протертую или жидкую пищу, не следует принимать грубую, острую, горячую пищу). При уходе за полостью рта использовать мягкие зубные щетки, после каждого приема пищи полоскать полость рта 0,25 раствором хлоргексидина.

Для профилактики осложнений после дентальной имплантации, для профилактики воспалительных процессов в окружающих имплантат ткани и для профилактики заболеваний пародонта, мы рекомендовали пациентам о необходимости регулярного посещения врача-стоматолога (2 раза в год) для проведения профессиональной гигиены полости рта и удаления очагов развития инфекции. Соблюдение гигиенического ухода за полостью рта до и после имплантации помогает сохранять зубы, десну, костную ткань и способствует более длительному функционированию имплантата.

Четвертый этап – ортопедический, т.е. протезирование.

На сегодняшний день генерализованный пародонтит и дентальная имплантация не должны представлять проблему: последние научные достижения доказывают, что эта проблема решается и многое зависит от правильного планирования этапов лечения, индивидуального подхода к каждому пациенту с учетом его клинической ситуации в полости рта.

Таким образом, планирование пародонтологического больного к дентальной имплантации сложный и ответственный процесс, т.к. от знаний, навыков, опыта командной работы врачей-стоматологов, от активности пациента зависят успешность и эффективность лечения, профилактика осложнений.

Врач-имплантолог рекомендовал удаление всех зубов и проведение дентальной имплантации. Пациентка по материальным соображениям не была сразу готова, поэтому было проведено удаление всех зубов, кроме 33 и 43, с изготовлением съемных протезов. В дальнейшем

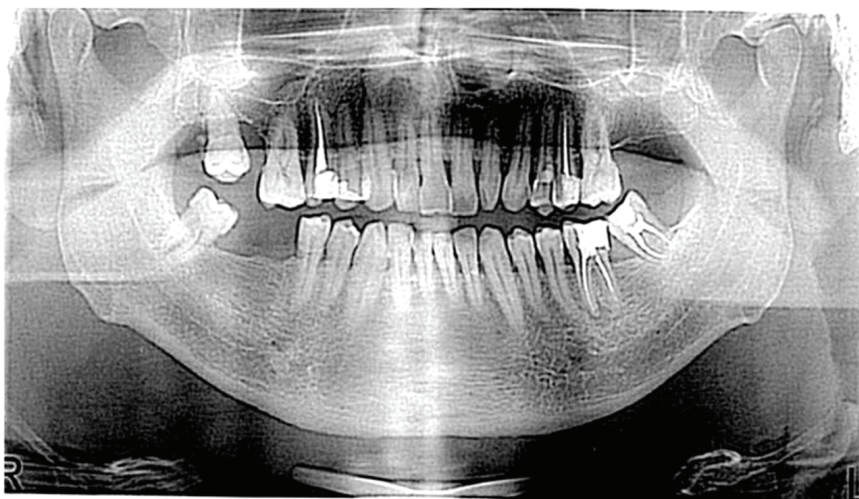


Рисунок 1. Пациент Я., 42 года.

Д-з: Хронический пародонтит средней степени. Рекомендовано удаление зубов 18,37, 48, открытый кюретаж в области всех зубов, установка имплантанта в позицию 27,37, 46,47

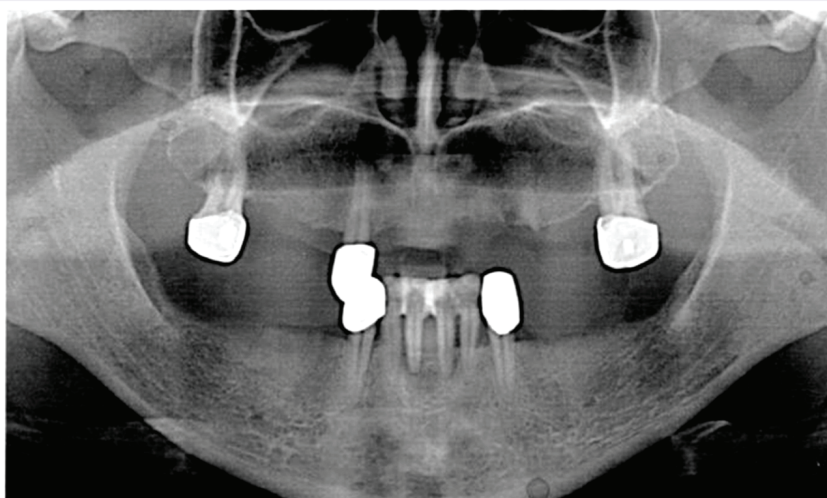


Рисунок 2. Б-ная А., 55 лет.

Д-з: Хронический пародонтит тяжелой степени, с которым связана потеря зубов. Было проведено консервативное лечение

проведена имплантация в области 31,41, удаление зубов 33,43 с немедленной имплантацией, установка болл аттачментов на четыре имплантанта и стабилизация протеза нижней челюсти на 4 имплантатах.

Литература:

1. Курякина Н.В., Кутепова Т.Ф. Заболевания пародонта. М.: Мед. книга, Н. Новгород: Изд. НГМА, 2000. - 162 с.
2. Слободина Е.В. Ранняя диагностика воспалительных заболеваний пародонта у подростков и лиц молодого возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук. Тверь, 2008. - 22 с.
3. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний у беременных женщин и детей раннего возраста: Метод. реком. -М., ММСИ, 1999-36 с.
4. Гордеева Е.Б. Морфофункциональные изменения в тканях десны при катаральном гингивите у подростков и их коррекция оксидом азота: Автореф. дис.канд. мед. наук. М.,2002.-26 с.
5. Балин В.Л., Иорданишвили А.К., Ковалевский А.М. Практическая пародонтология. - СПб.: Питер, 1995.-254 с.
6. Григорян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение. — М., 2004. 320 с.
7. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. - М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2009. - 336 с: ил.
8. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта как метод профилактики заболеваний пародонта // Новое в стоматологии. 2000. - № 4. - С. 60-64.
9. Данилевский Н.Ф., Борисенко А.В. Заболевания пародонта Киев: Здоровье, 2000. – 464 с.

ПОЛИМЕРИЗАЦИОННАЯ УСАДКА КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ КРАЕВУЮ АДАПТАЦИЮ МИКРОГИБРИДНЫХ ПЛОМБ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**Сатылганова Ж.И.**

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

Резюме. В данной статье рассматривается комплекс мер для снижения полимеризационного стресса микрогибридных композитов и улучшения краевого сцепления материалов с тканями зуба, что в свою очередь ведет к снижению таких неблагоприятных последствий лечения как пост оперативная чувствительность, краевое окрашивание пломбы и сколы реставраций.

Ключевые слова: полимеризационная усадка, краевое прилегание, микрогибридные композиты.

КОМПОЗИТТИК МАТЕРИАЛДАРДЫН ПОЛИМЕРЛЕШҮҮДӨН КӨЛӨМҮНҮН КИЧИРЕЙҮҮСҮ ЖАНА АНЫН МИКРОГИБРИДДИК КЫТ МЕНЕН ТИШТИН ЖЭЭГИНЕ ДАЛ КЕЛҮҮСҮНӨ ТААСИРИ (АДАБИЯТТЫК ИЗИЛДӨӨ)**Сатылганова Ж.И.**

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

Корутунду. Бул макалада композиттердин полимерлешүүдөн көлөмүнүн кичирейүүсү жана микрогибриддик кыттын жээгине дал келүү сапатын жакшыртуунун жолдору боюнча адабияттар каралган. Натыйжада - кытталган тиштин сезгичтиги, кыттын четинин сынышы жана өңүнүн өзгөрүсү азаят.

Негизги сөздөр: полимерлешүүдөн көлөмүнүн кичирейүүсү, кыттын чети, микрогибриддик композиттер.

POLYMERIZATION SHRINKAGE OF COMPOSITE MATERIALS AS A FACTOR STIMULATING THE MARGINAL ADAPTATION OF MICROHYBRID COMPOSITE RESTORATIONS (LITERATURE REVIEW)**Satylganova Z.I.**

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

Resume. The main restorative techniques that reduce the polymerization stress and improve the marginal adaptation of micro-hybrid composites had been reviewed in this study. Reduction of polymerization shrinkage will lessen the negative clinical performance of bonded restorations such as marginal leakage, postoperative sensitivity, restoration fracture and marginal staining.

Key words: polymerization shrinkage stress, marginal adaptation, micro hybrid composites.

Актуальность.

По данным ВОЗ распространенность кариеса среди взрослого населения составляет 99-100% [3] и восстановление дефектов твердых тканей зуба является одной наиболее часто выполняемых стоматологических манипуляций. Но, к сожалению, после нескольких лет функционирования реставраций, большинство из них нуждаются в полной или частичной замене, что вызвано нарушением их качества и развитием осложнений [6]. По данным А.М. Kidd [28] повторное пломбирование составляет 60-75% от всех реставраций на стоматологическом приеме [7,41,28,29]. Замена пломбы приводит к расширению размеров полости, и как следствие к ослаблению оставшихся твердых тканей, а также финансовым затратам пациента [41].

Критериями несостоятельности пломб являются краевое окрашивание, плохое краевое прилегание пломбировочного материала и вторичный кариес [6,20]. В результате многих исследований было установлено, что вторичный, а точнее рекуррентный кариес [26,28] служит наиболее частой причиной замены пломб [25,40].

При прямой реставрации кариозных дефектов и некариозных поражений зубов чаще всего используются композитные пломбировочные материалы в силу таких преимуществ как эстетичность, механическая прочность, удобство в применении и т.д. Большинство используемых на сегодняшний день композитных материалов - это микрогибриды [7], которые обладают хорошими физико-химическими и эстетическими показателями [6, 11]. Наибольшее распространение среди них получили такие представители как Filtek Z250, Spectrum TPH, Charisma PPF, Herculite HRV в силу своей универсальности, т. е. возможности применения, как на жевательной группе зубов, так и для восстановления дефектов во фронтальных отделах [6]. К сожалению, и эти материалы обладают рядом недостатков, наиболее значимый из которых - это полимеризационная усадка.

Полимеризационное сжатие на границе пломба/зуб может привести к отрыву и образованию межповерхностной щели, или, если адгезия сохраняется, то к деформации подлежащей зубной ткани. Стресс сжатия материала оказывает неблагоприятное влияние

и на адгезив, находящийся между материалом и тканями зуба. Образование микрозоров на границе пломбы с зубом позволяют слюне с бактериями инфильтрировать это пространство между композитом и тканями зуба, увеличивая эффект биodeградации и ухудшая состояние реставрации [22]. В результате чего происходит дезинтеграция как основной массы композита, так и мест соединения композита с дентином зуба и выделение продуктов распада, таких как метакриловая кислота и триэтиленгликоль. Они в свою очередь влияют на рост микробов и экспрессию генов, что доказано, ведет к развитию вторичного кариеса и воспалению пульпы зуба [19].

1. Микрогибридные композиты

Микрогибридные композиты обладают рядом положительных клинических характеристик, благодаря которым нашли широкое применение в терапевтической стоматологии. Эти материалы характеризуются высокой прочностью, которой, однако, недостаточно для пломбирования обширных полостей, в которых пломба испытывает повышенные нагрузки при жевании [8]. Для композитов данной группы свойственны также хорошие эстетичность и цветостойкость, которые, однако, сочетаются со сложностью полирования и недостаточной стойкостью «сухого блеска». Отмечено, что через 5-6 месяцев поверхность реставрации, изготовленной из микрогибридного композита, при высыхивании выглядит

матовой. В эстетической стоматологии данное явление получило название «потеря «сухого блеска» поверхностью композитной реставрации» [8]. Относительно высокая полимеризационная усадка (2-5%) и низкая эластичность микрогибридных композитных материалов приводят к полимеризационному стрессу и диктуют необходимость принятия мер для профилактики негативных последствий этого явления.

2. Процесс полимеризации

Традиционные композиты на этапе отсвечивания претерпевают изменения под воздействием синего света фотополимеризатора, превращаясь из вязкой пластичной массы в твердое тело. Этот процесс неизбежно сопровождается уменьшением его в объеме (рис.1) [6, 22].

Феномен полимеризационной усадки материала связан с химическим составом пломбировочного материала, точнее со структурой органической полимерной матрицы. Большая часть, используемых на сегодняшний день реставрационных композитов, в том числе и микрогибриды, составлены на основе метакрилатов или диметакрилатов - БИСГМА, ТЕГДМА и УДМА, в которых показатель полимеризационной усадки составляет от 1,5 до 5% [8].

3. Механизм отрыва композита от стенки полости

В ходе процесса свободно радикальной полимеризации, когда точка геля достигнута, сила сжатия

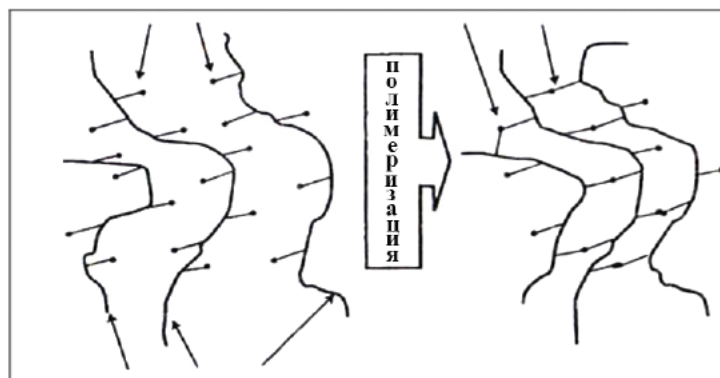


Рис. 1. Процесс полимеризации органической матрицы композита (схема)



Рис. 2. Скол реставрации вследствие нарушения краевой адаптации композита, рецидив кариеса

передается от композита к окружающим тканям зуба: в начале засвечивания композита несвязанная часть композита тянется к стенкам полости, адаптируясь к сжатию, но как только композит твердеет, текучесть прекращается, и стресс полимеризации транслируется на ткани зуба. В этой фазе геля сила полимеризационного стресса может превышать силу сцепления композита с тканями зуба и привести к краевому дефекту [19,20]. Если сила сжатия больше чем когезия внутри композита, то образуется дефект в самой массе, а если она превышает растяжимость эмали, то в эмали образуются трещины. В случае неправильного нанесения адгезива, гибридный слой будет разрушен в результате усадки композита [21]. Эти дефекты будут клинически проявляться как белые полосы во время финишной обработки, так как опилки при полировании будут закупоривать эти микро пространства и изменять преломление света. В реставрациях с щечно-язычным направлением будут заметны сколы и трещины, так как стенки полости составлены в основном эмалью, которая очень хрупкая и тонкая для того, чтобы выдержать силу тяги вследствие усадки.

Полимеризационный стресс – это то напряжение, которое испытывает материал в процессе развития полимеризационной усадки. Наиболее уязвимой оказывается зона по границе материала и твердых тканей. Стресс полимеризации при усадке может привести к таким отрицательным последствиям как:

- появление постоперационной чувствительности;
- нарушение краевого прилегания, краевое расслоение, изменение цвета реставрации;
- появление трещин и сколов вследствие нарушения структуры твердых тканей;
- утрата реставрации

Полимеризационная усадка обусловлена рядом факторов: состоянием граничащих тканей, количеством материала, составом материала и направлением равнодействующих сил.

4. Факторы, определяющие степень усадки:

1) Характеристики материала

- объемное содержание частиц неорганического наполнителя

Как известно, композитные материалы составлены на основе трех базовых компонентов: органического

полимера, неорганического наполнителя и связующего вещества - силана.

Усадка материала напрямую зависит от объемной доли полимерной матрицы в композите. Чем больше мономеров образует связи и объединится в полимерную цепь, тем выше степень сокращения полимера в объеме. С другой стороны, пространство, занятое частицами неорганического наполнителя не участвует в процессе усадки.

Следовательно, присутствие неорганических частиц в композите основополагающе в процессе усадки в ходе полимеризации, так как от количества наполнителя зависит модуль эластичности и объемное сжатие материала [42].

- степень превращения

Существует прямая связь между степенью конверсии и усадкой. Снижение конечной степени превращения приведет к уменьшению усадки и стресса сжатия. Однако, низкая степень превращения может негативно влиять на механические свойства материала. Напротив, небольшое увеличение в степени превращения ведет к существенному повышению стресса, но улучшению механических свойств.

- модуль эластичности

В результате исследований *in vitro* выявлено, что межповерхностный стресс в ходе полимеризационной усадки композитов позитивно коррелирует с показателем упругости материала также известного как модуль эластичности или модуль Юнга. Исходя из этого можно сделать вывод, что чем выше модуль Юнга и усадка, тем более выражен полимеризационный стресс.

2) Параметры полости и податливость субстрата

При пломбировании полостей материал прилегает к стенкам сформированной полости, что препятствует этапу пластической деформации композита. Feilzer et al. в своих исследованиях пришел к выводу, что степень полимеризационной усадки зависит от соотношения связанных и свободных поверхностей пломбы, также известного как конфигурационный фактор (С-фактор). Чем больше связанных поверхностей пломбы, тем выше сила напряжения вследствие того, что полимер не обладает текучестью, чтобы компенсировать полимеризационный стресс (рис.3)

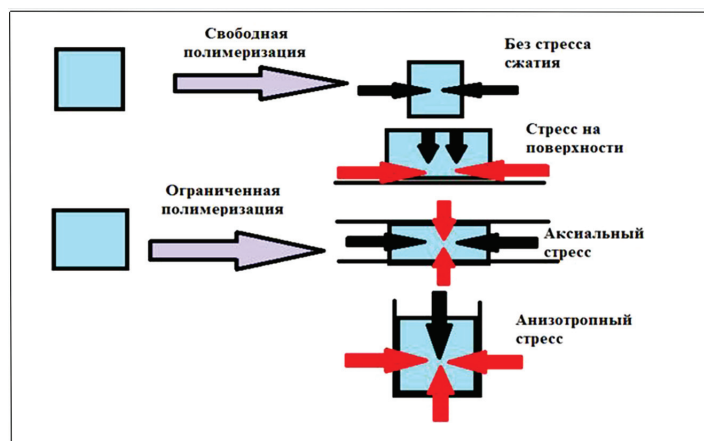


Рис. 3. Направление полимеризационной усадки в зависимости от количества сцепленных поверхностей пломбы

[23].

Таким образом, в полостях 1-го класса, материал сцеплен с 5-ю (дно и 4 стенки) поверхностями. При внесении композита одной порцией, процесс свободной полимеризации происходит только на поверхности пломбы, внутри пломбы возникает высокая степень стресса. Согласно Park et al., в большей степени к бугорковому дефекту приводит внесение материала одной порцией, чем при применении поэтапного наложения материала. Наименьшая степень стресса возникает в полостях 4 класса, так как у пломбы достаточно не связанных поверхностей для освобождения от напряжения усадки [23]. Следовательно, высокий С - фактор создает риск дебондинга реставрации.

По данным исследований Braga высокая степень усадки и микроподтекания пломбы чаще наблюдаются в широких и глубоких полостях [15].

3) *Техника внесения материала и толщина слоя композита*

Методика постановки пломбы является ведущим фактором в регулировании процесса развития полимеризационного стресса. Применяя определенную технику реставрации можно снизить стресс сжатия в ходе полимеризационной усадки пломбы.

Многие исследователи сошлись во мнении, что можно снизить стресс усадки, применяя методики, направленные на: снижение конфигурационного фактора, уменьшение количества вносимого материала и минимизацию контакта порции вносимого композита с противоположными стенками полости.

Широко признано, что метод послойного наращивания снижает стресс сжатия вследствие меньшего объема полимеризующегося композита [7,8,30, 33]. Каждый наложенный слой материала компенсируется последующим, и негативные последствия полимеризационной усадки композита будут менее выражены, так как усадка только последнего слоя может повредить сцепленную поверхность. Минимальный контакт со стенками полости - это еще одно преимущество послойного наращивания [43]. Следовательно, и С-фактор будет низкий в силу того, что большая свободная поверхность позволяет композиту перестраиваться при отсвечивании.

Хотя все послойные техники предусматривают снижение соотношения связанных и свободных поверхностей, рекомендуется выбирать техники, предусматривающие нанесение композита на одну дентинную поверхность, не касаясь противоположных стенок, так как стресс усадки возможен при соприкосновении материала в трех плоскостях.

В настоящее время многие авторы рекомендуют технику послойного наращивания для снижения стресса усадки [24,26,43,34,46,47]. Наиболее часто применяемые из них это:

- вертикальное (вестибулярно-оральное) наложение;
 - горизонтальное (гингиво - окклюзионное) наложение [35,36,48];
 - методика трехстороннего отсвечивания [36,37].
- Эта техника предусматривает внесение и

засвечивание композита через прозрачную матрицу и светопроводящий клин для направления полимеризации в сторону десневого края и предотвращения образования щели.

- клиновидное наложение (косое) [50].

При данной технике слои композита в форме клина вносятся и полимеризуются только с окклюзионной поверхности.

- техника последовательного наращивания бугров [31,38,39].

Реставрация производится наложением первого слоя композита на одну поверхность дентина, без контакта с противоположной стенкой и далее косым наложением композита. При этом каждый бугорок наращивается отдельно.

- техника внесения одной порцией [35]

Данная техника рекомендуется некоторыми авторами для снижения стресса на краях полости.

- методика центростремительного наращивания

Вышеупомянутый способ специально разработан для полостей 2-го класса по Блэку. Начальная вертикальная порция материала вносится на пришеечные края полости напротив металлической матрицы. Остальная часть полости заполняется горизонтальными слоями композита. Таким образом, полость 2-го класса трансформируется в полость 1-го класса [18].

4) *Методика пластической обработки материала*

По рекомендациям Николаева и соавт. в процессе пластической обработки светоотверждаемого композитного материала и моделирования реставрации, чтобы уменьшить вероятность образования пор в материале, предпочтение следует отдавать уплотняющим, конденсирующим движениям моделировочного инструмента, избегая разглаживающих движений [8].

5) *Промежуточный адаптивный слой*

Положительный эффект оказывает и применение текучих композитов в качестве промежуточного абсорбирующего слоя с целью преодоления стресса полимеризационной усадки [13,17]. Это связано с тем, что текучие композиты имеют меньшую вязкость по сравнению с традиционными композитами и они отличаются меньшим наполнением и содержанием смол. Эти материалы менее ригидны и могут иметь модуль эластичности на 20-30% меньше чем обычные гибридные композиты [13,17,19]. Это в какой-то степени компенсирует напряжения, возникающие в процессе полимеризации на границе пломбы с зубом.

6) *Техника отсвечивания*

Усадка светоотверждаемого композита происходит в сторону источника света. В связи с этим был разработан метод «направленной полимеризации», при котором внесение материала в полость и отверждение каждой порции осуществляют в заданном направлении с учетом вектора усадки и возможности ее компенсации. При проведении направленной полимеризации засвечивание материала проводят через ткани зуба.

Доказано, что высокая интенсивность света при полимеризации приводит к высокой степени усадки. Более медленное отсвечивание композита позволяет преодолеть стресс усадки за счет промежуточной

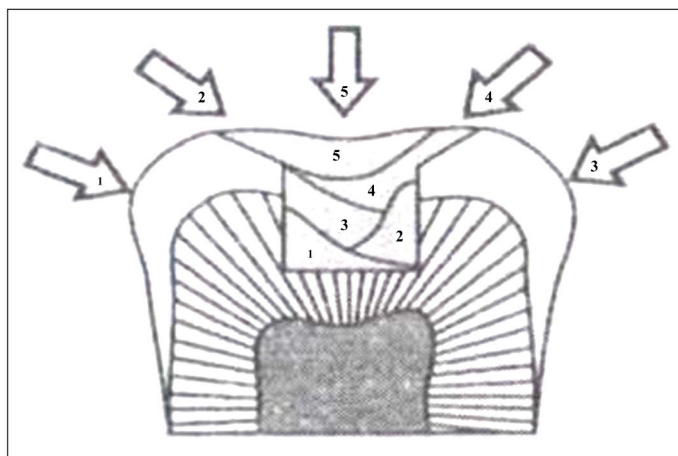


Рис. 4. Метод направленной полимеризации светоотверждаемого композита при пломбировании кариозной полости I класса по Блэку (техника внесения и отверждения слоев)

релаксации наложенной массы. Так как процесс полимеризации зависит от количества световой энергии, а не от интенсивности облучения, то можно применить два основных подхода: отсвечивать материал лучами меньшей интенсивности более длительное время либо при заданном времени засвечивать материал в разных режимах мощности облучения.

На сегодняшний день существуют различные методики проведения фотополимеризации, наибольшее распространение среди которых получили: режимы «soft start» и «pulse delay».

Режим «мягкого старта» основан на продлении догелевой фазы полимеризации, в которой происходит большая часть усадки, что в свою очередь ведет к более медленному развитию напряжения на границе пломбы с тканями зуба. «Мягкий старт» подразумевает короткое отсвечивание материала пучком более слабой интенсивности в начале полимеризации, а затем длительное отсвечивание пучком полной интенсивности.

Техника «пульс отсвечивания» также рассчитана на отсрочку достижения композитом «точки геля» и предусматривает наложение слоев композита и их отсвечивание в течение 3-5-ти секунд третьей мощности светового потока, далее коротким засвечиванием последней порции мощным пучком 2-3 секунды. И далее предоставляется 3 минутная отсрочка для усадки пломбы в ходе полировки и финишной обработки, после чего производится основательное отсвечивание пломбы.

Эту технику пульсирующей - отдаленной светополимеризации применяют в основном при отверждении поверхностного слоя пломбы, контактирующего с эмалью зуба.

Также для снижения стресса на краях полости была рекомендована техника транс эмалевого полимеризации, предложенная Belvedere: адгезив, текучий композит и пакующий композит вносятся одной порцией в отпрепарированную полость и отсвечиваются с щечной и язычной сторон через слой зубных тканей. Полимеризация заканчивается отсвечиванием с окклюзионной поверхности [12].

Доказано, что краевая адаптация композитов лучше при двухэтапном отсвечивании, чем при экспоненци-

альном [27,32].

6) Постбондинг

По мнению Николаева и др. нанесение на затвердевшую и отполированную пломбу поверхностного герметика с целью заполнения микротрещин, возникших в результате усадки последней порции композита оказывает благоприятный эффект [8].

Заключение.

Таким образом, большую роль при восстановлении кариозных дефектов микрогибридными композитами играет краевая адаптация пломбировочного материала к стенкам отпрепарированной полости [40].

Показатель краевой интеграции напрямую зависит от степени полимеризационной усадки композита.

Так как сжатие материала и отрыв от прилегающей ткани - процесс неизбежный, можно снизить этот показатель и оптимизировать краевую адаптацию микрогибридов путем соблюдения правил работы с данной группой композитов.

На степень полимеризационной усадки материала оказывают влияние параметры отпрепарированной полости, техника пломбировки и техника отсвечивания слоев композита.

Наиболее эффективными техническими приемами, способствующими снижению полимеризационной усадки и стресса композитов являются следующие:

- Послойное наложение пломбировочной массы композитного материала диагональными слоями не более чем на две поверхности - горизонтальную - дно, и одну вертикальную - стенка [8].

- Внесение пломбировочного материала небольшими порциями. При наложении композита толщина опакового - дентинного слоя и темных цветов материала (оттенки В и С) должна составлять не более 1 мм, эмалевого и светлых тонов (А1,А2) - от 1,5 до 2 мм. В целом толщина полимеризующегося слоя не должна превышать 2мм.

- Нанесение адаптивного (суперадаптивного) слоя - покрытие дна и стенок кариозной полости тонким слоем жидкого композита.

- Техника отсвечивания, снижающая скорость полимеризации - режим «мягкого старта» [14,16].

- Техника «направленной полимеризации» [9,10].
 - Для проведения адекватной полимеризации и снижения содержания остаточного мономера в композите кончик световода должен располагаться как можно ближе к поверхности отверждаемого материала [1].

- Постбондинг

Послойное наложение и адекватная фотополимеризация композита значительно снижают негативный эффект усадки микрогибридов. Но не следует забывать и об этапах подготовки полости к внесению пломбировочного материала, поскольку они также определяют показатель маргинальной адаптации. Вид выбранного бора для препарирования влияет на толщину и структуру смазанного слоя, поверхность стенок и фальца [2]. А они в свою очередь определяют равномерность распределения адгезива на поверхности. Уделение должного внимания этапам кондиционирования и качественного удаления смазанного слоя, этапу медикаментозной обработки отпрепарированной полости, соблюдение протокола работы с бондинговыми системами для образования правильного гибридного слоя благоприятно сказываются на качестве проведенной реставрации.

Литература:

1. Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. *Терапевтическая стоматология. - Национальное руководство.* - Москва, 2009. - 912 с.
2. Золотарева О. В. Оптимизация препарирования твердых тканей зубов при кариесе различными ротационными инструментами / дисс. ...канд. мед.наук. - Москва, 2007.- 132 с.
3. Информационный бюллетень ВОЗ. - № 318, 2012.
4. Луцкая И.К. Фотоотверждаемые композиционные материалы в эстетическом реставрировании постоянных зубов. *Современная стоматология. Международные обзоры: клиническая практика и здоровье* № 3.- Минск, 2013.- С. 144-153.
5. Луцкая И.К. Пути минимизации последствий полимеризационной усадки композиционных материалов // *Новое в стоматологии*, № 1- 2012/ С 2-8
6. Максимовский Ю.М, Митронин А.В., Анарина Е.А. и др. Клиническая оценка пломбированных кариозных полостей по I классу с использованием различных технологий // *Журнал «Стоматология для всех».* - М., № 3. 2006. - С. 24-26.
7. Максимовский Ю.М. Максимовская Л.Н., Орехова Л.Ю. *Терапевтическая стоматология* - Москва, 2002.- С.193-213.
8. Николаев А. И., Цепов Л.М. *Практическая терапевтическая стоматология: Учебное пособие/М.* 2008, 937, С 350-447
9. Николаенко С. А. Оценка полимеризационного стресса, возникающего при усадке композиционных пломбировочных материалов. *«Институт стоматологии».* 2004. № 2: С. 66–68.
10. Хидирбегишвили, О. Полимеризационная усадка композитов / О. Хидирбегишвили // *Стоматолог.* - 2006. - № 10. - С. 17–21.
11. Цепов Л.М., Т. М. Медведева, Г. И. Морозова и др. Медико-экономические аспекты выбора композитных материалов в условиях бюджетных стоматологических лечебно-профилактических учреждений /*Maestro- 2(46),- 2012*
12. André V. Ritter, Larissa M. Cavalcante,Edward J. Swift *Effect of light-curing method on marginal adaptation, microleakage, and microhardness of composite restorations.- Journal of Biomedical Materials Research v.78B, Issue 2, p. 302–311,2006*
13. Anders Lindberg, J. W. V. van Dijken, P. Hörssted - *In vivo interfacial adaptation of class II resin composite restorations with and without aflowable resin composite liner- Clinical oral investigation,-Volume 9, Issue 2, p. 77-83, 2005*
14. Aw, T.C. *Polymerization shrinkage of restorative resins using laser and visible light curing / T.C. Aw, J.I. Nicholls // J. Clin. Laser Med. Surg. – 1997. – Vol. 15, № 3. – P. 137–141.*
15. Braga R.B.,Ballster N., *Factors involved in the development of polymerization shrinkage stress in resin composites. A systematic review Dental Materials/p 962-970, 2005*
16. Boer, W-M. *Композитные реставрации: современный уровень техники / W-M. Boer // Новое в стоматологии. – 1999. – № 8. – С. 3–15.*
17. Braga RR, Hilton TJ, Ferracane JL. *Contraction stress of flowable composite materials and their efficacy as stress-relieving layers. J Am Dent Assoc 2003;134:721-8*
18. Bichacho N. *The centripetal build-up or composite resin posterior restorations. Pract PeriodonticsAesthet Dent 1994; 6:17-23.*
19. Braga R.B., Ferracane J.L. *Alternatives in Polymerization Contraction stress management. J Appl Oral Sci/p.1-11, 2004*
20. Davidson A., Felizer A/ *Polymerization shrinkage stress in polymer-based restoratives / J Dent: p. 435-440, 1997*
21. Davidson CL, De Gee AJ, Feilzer A. *The competition between the composite-dentin bond strength and the polymerization contraction stress. J. Dent Res 1984;63:1396-9*
22. Y. Finer, Santerre J. *Salivary esterase activity and its association with the biodegradation of dental composites. JDR, p.22-26, 2004*
23. Felizer A., Davidson *Setting stress in composite in relation to configuration of the restoration J.Dent.Rest. p66, 1987*
24. Figueiredo Reis A, Giannini M, Ambrosano GM, Chan DC. *The effects of filling techniques and a low-viscosity composite liner on bond strength to class II cavities. J Dent. 2003;31:59-66.*
25. Ivar A.R.,Mjor I.A., Dr. Odont « *Clinical Diagnosis of recurrent caries» Jada Vol. 36, 2005*
26. Jensen ME, Chan DCN. *Polymerization shrinkage and microleakage. In: Vanherle G, Smith DC,editors. Posterior composite resin dental restorative materials. Utrecht, The Netherlands: Peter Szulc Publishing Co; 1985:243-62.*
27. Koran P., Kurschner R.- *Effects of sequential versus continuous irradiation of a light cured resin composite on shrinkage, viscosity, adhesion and degree of polymerization- J.DentBiom /p 140-141 ,2001*
28. Kidd EA. *Caries diagnosis within restored teeth. In: AnusaviceKJ, ed. Quality evaluation of dental restorations. Chicago: Quintessence;1989:111-21*
29. Kidd EA. *Microleakage: a review. J Dent 1976;4(5):199-206.*
30. Koenigsberg S, Fuks A, Grajower R. *The effect of three filling techniques on marginal leakage around class II composite resin restorations in vitro. Quintessence Int 1989;20:11721.*
31. Klaff D. *Blending incremental and stratified layering techniques to produce an esthetic posteriorcomposite resin restoration with a predictable prognosis. J Esthet Restor Dent 2001;13:101-13.*
32. Lim R.S., Ferracane J. *Reduction of polymerization*

contraction stress for dental composites by 2 step light activation/ *Dental Materials*, p436-444, 2002

33. Loguercio AD, Reis A, Ballester RY. Polymerization shrinkage: effects of constraint and filling technique in composite restorations. *Dent Mater* 2004;20:236-43.54.

34. Lutz F, Krejci I, Oldenburg TR. Elimination of polymerization stresses at the margins of posterior composite resin restorations: a new restorative technique. *Quintessence Int* 1986;17:777-84

35. Lutz F, Krejci I, Barbakow F. Quality and durability of marginal adaptation in bonded composite restorations. *Dent Mater* 1991;7:107-13.

36. Lutz F, Krejci I, Luescher B, Oldenburg TR. Improved proximal margin adaptation of class II composite resin restorations by use of light-reflecting wedges. *Quintessence Int* 1986;17:659-64.

37. Lutz F, Krejci I, Barbakow F. The importance of proximal curing in posterior composite resin restorations. *Quintessence Int* 1992;23:605-7.

38. Liebenberg WH. Successive cusp build-up: an improved placement technique for posterior direct resin restorations. *J Can Dent Assoc* 1996;62:501-7.

39. Liebenberg WH. The axial bevel technique: a new technique for extensive posterior resin composite restorations. *Quintessence Int* 2000;31:231-9.

40. Mjor I.A., Toffenetti F. Secondary caries: a literature review with case reports,- *Quintessence International* 2000 Mar;31(3):165-179 PubMed

41. Mjör IA, Gordan VV. Failure, repair, refurbishing and longevity of restorations. *OperDent* 2002; 27(5): 528-534

42. Munksgaard EC, Hansen EK, Kato H. Wall-to-wall polymerization contraction of composite resins versus filler content. *Scand J Dent Res* 1987;95:526-31.

43. McCulloch AJ, Smith BG. In vitro studies of cuspal movement produced by adhesive restorative materials. *Br Dent J* 1986;161:405

44. Park J., Chang J. How should composite be layered to reduce shrinkage stress: incremental or bulk filling? *Dent.Mater.* p.1501-1505, 2008

45. SatelrhwaiteJ.,VogelK.,Watts D. Effect of resin composite filler particle size and shape on shrinkage strain PubMed

46. Segura A, Donly KJ. In vitro posterior composite polymerization recovery following hygroscopic expansion. *J Oral Rehabil* 1993;20:495-9.

47. Suliman AA, Boyer DB, Lakes RS. Cusp movement in premolars resulting from composite polymerization shrinkage. *Dent Mater* 1993;9:6-10.

48. Spreafico RC, Gagliani M. Composite resin restorations on posterior teeth. In: Roulet JF, Degrange M. Adhesion: the silent revolution in dentistry. Chicago: Quintessence; 2000:253-76.

49. Tjan AH, Bergh BH, Lidner C. Effect of various incremental techniques on the marginal adaptation of class II composite resin restorations. *J Prosthet Dent* 1992;67:62-6.

50. Weaver WS, Blank LW, Pelleu GB Jr. A visible light activated resin cured through tooth structure. *GenDent* 1988;36:236-7.

ЯЗЫК - ЗЕРКАЛО ОРГАНИЗМА

Шабданбекова А., Сушко Н.Ю., Абасканова П.Д.

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

Резюме. Лингводиagnostика – один из наиболее древних методов обследования человека. Оценка состояния языка имеет большое диагностическое и прогностическое значение вследствие его тесной взаимосвязи с внутренними органами. В этой связи, своевременная диагностика изменений на языке на стоматологическом приеме является важным элементом обследования больных.

Ключевые слова: лингводиagnostика, взаимосвязь с внутренними органами, анкетирование.

ДЕНЕНИН КҮЗГҮСҮ - ТИЛДИН АБАЛЫ

Шабданбекова А., Сушко Н.Ю., Абасканова П.Д.

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

Корутунду. Адамдын дартын, тилдин абалы боюнча аныктоо – эң байыркы ыкмалардын бири. Ички мүчөлөрдүн дарты – тилдин абалына карата аныктоо жана болжолорго, алардын тыгыз байланышта болуусу мүмкүндүк берет. Стоматолог - адис, ооруну кабыл алганда тилдин абалындагы өзгөрүүлөрдү өз убагында байкоосу маанилүү элемент болуп эсептелет. **Негизги сөздөр:** дартты аныктоо, тилдин абалын эсепке алуу, ички мүчөлөргө байланышына көңүл буруу, сурамжылоо кагазына жооп берүү.

TONGUE IS THE MIRROR OF ORGANISM

Shabdanbekova A., Sushko N.Y., Abaskanova P.D.

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

Resume. Tongue diagnosis is one of the oldest methods of examining a patient. It is very useful in diagnosing and prognosing the medical condition of a patient, since the tongue is closely connected to internal organs. Thus, timely examination of the tongue changes of a patient at a dental reception is very crucial in preventing potential illnesses or diseases, that makes it an important element of examining a patient.

Key words: lingvodiagnostika, interrelation with internals, questioning.

Актуальность.

Издревле в китайской, тибетской медицине и по трактатам Аюрведы язык считался картой состояния организма человека, которая разделена на зоны, отвечающие за работу тех или иных органов.

Российский опыт диагностики по языку, впервые был обобщен и описан в труде «Распознавание болезней по языку» штаб-лекарем Михаилом Нечаевым еще в 1835 году.

Существует взаимосвязь слизистой оболочки полости рта с внутренними органами эмбрио-филогенетически, через сосудистую и нервную системы.

Нарушения метаболизма и трофические расстройства в тканях при системных заболеваниях существенно влияют на состояние органов полости рта.

Язык - это мышечный орган, участвующий в механической переработке пищи, акте глотания, восприятии вкуса, формировании речи. Поверхность языка покрыта массивным скоплением сосочков, которые через нервные проводники связываются с кишечником, печенью, желчным пузырем, селезенкой и центральной нервной системой.

Язык - эффекторное поле обратного влияния «патологических» рефлексов с внутренних органов.

Стоматологические проявления часто являются преморбидными симптомами системных нарушений (в особенности заболеваний органов пищеварения,

эндокринной и кроветворной систем). Изменения в языке при различных патологиях имеют большое диагностическое и прогностическое значение.

Цель исследования: выявление взаимосвязи заболеваний внутренних органов с изменениями слизистой оболочки языка.

Задачи исследования:

1. Изучить клинические проявления состояния слизистой оболочки языка при заболеваниях ЖКТ, ССС, эндокринной системы.
2. Определить характерные маркерные изменения слизистой оболочки на фоне патологии ЖКТ, ССС, эндокринной системы.
3. Выявить уровень осведомленности населения по данной проблеме.

Материалы и методы лечения:

В качестве объекта для исследований были выбраны:

- НГ МЗ КР (гастроэнтерологическое и эндокринологическое отделения)
- ГКБ № 6 (кардиологическое отделение)

Всего было обследовано 97 человек (Рис.1).

Стоматологическое обследование пациентов включало опрос больных, осмотр внешний и непосредственно полости рта. Осмотр слизистой оболочки языка. Документальное подтверждение изменений слизистой оболочки языка с помощью фотографирования. Социальный опрос: опрошено 287 человек путем интернет

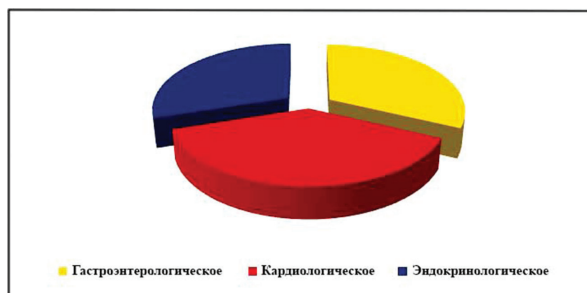


Рисунок 1. Распределение больных по отделениям

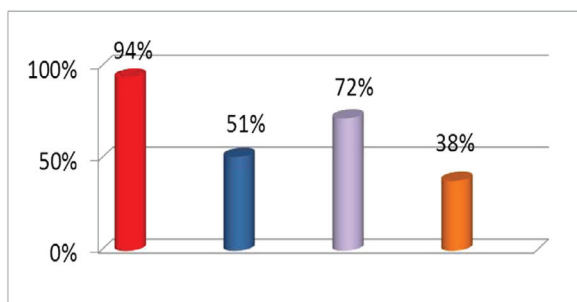


Рисунок 2. Изменения слизистой оболочки языка при патологии ЖКТ

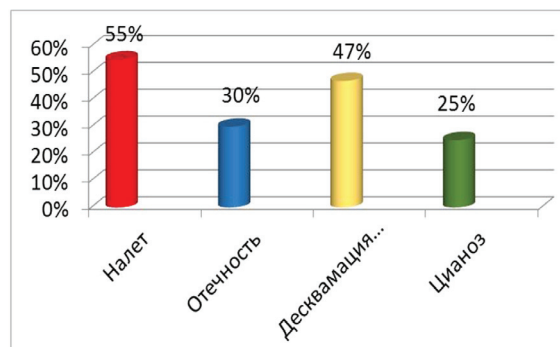


Рисунок 3. Изменения слизистой оболочки языка при патологиях ССС

опроса.

Результаты исследований:

Характерные изменения языка при заболеваниях ЖКТ: так как с эмбриологической точки зрения слизистая оболочка языка представляет собой единое целое с нижележащими отделами ЖКТ, то и проявления на языке возникают и диагностируются чаще, чем при других заболеваниях.

1. обложенность языка;
2. отек языка, диагностируемый по отпечаткам зубов на его боковых поверхностях;
3. изменения сосочков языка, проявляющиеся в виде гиперпластического и атрофического глосситов;
4. десквамация эпителия;
5. парестезии и нарушения вкусовой чувствительности.

При обследовании налет выявлялся у 29 человек (94%), десквамация эпителия языка у 16 человек (51%), отечность у 22 обследованных (72%), складчатость у 12

человек (38%) (рис 2).

Характерные изменения языка при заболеваниях сердечно-сосудистой системы:

По данным литературы компенсированные формы заболеваний ССС не сопровождаются какими-либо специфическими изменениями на слизистой оболочке полости рта и языка.

В отдельных случаях имеются жалобы на:

1. Отечность слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;
2. Цианоз слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;
3. Пузырно-сосудистый синдром;
4. Язвенно-некротические поражения СОПР с образованием трофических язв.

При обследовании пациентов изменения слизистой оболочки языка при патологии ССС выявили следующее: налет выявлялся у 20 человек (55%), отечность – 11 человек (30%), десквамация эпителия – 17 человек

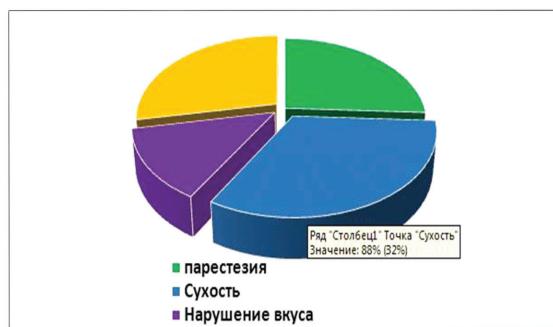


Рисунок 4. Изменения слизистой оболочки языка при сахарном диабете

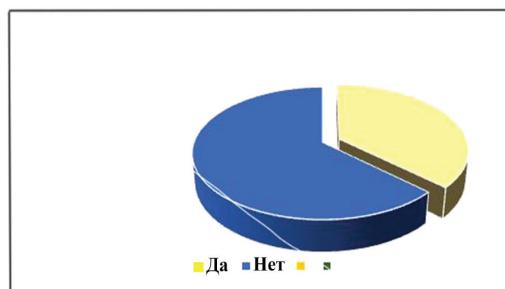


Рисунок 5.



Рисунок 6.

(47%), цианоз определяли у 9 больных (25%) (Рис. 3).

Изменения слизистой оболочки языка при сахарном диабете определялись у 20 обследованных в виде парестезии (70%), в виде сухости у 25 человек (88%), нарушение вкусовой чувствительности у 11 человек (37%), пародонтит – 22 человека (76%) (Рис.4).

При анкетировании опрошенным задавались следующие вопросы:

1. Знаете ли Вы, что язык отражает состояние вашего организма? (рис. 5)

2. Врачей, какого профиля Вы посещаете чаще всего? (рис.6)

Выводы:

1. Выявлена тесная взаимосвязь поражений слизистой оболочки языка с заболеваниями внутренних органов.

2. Наибольшее количество проявлений изменений слизистой оболочки языка обнаружена при заболеваниях ЖКТ.

3. Определена низкая осведомленность населения по наличию изменений слизистой оболочки языка как первого признака заболеваний внутренних органов.

4. В связи с тем, что стоматолог является наиболее часто посещаемым врачом, необходимо знать и уметь

диагностировать первые проявления изменений слизистой оболочки языка с последующим направлением к врачам других профилей.

Слизистая оболочка языка – один из точных индикаторов состояния здоровья человека. Глаза - зеркало души человека, то язык - зеркало здоровья.

Литература:

1. Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Грин В.М. Язык - зеркало организма // Клиническое руководство для врачей. - М. – 2000.
2. Белошенков В.В., Курякина Н.В., Лапкин М.М., Потловская Р.В. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области. Методы ее исследования. - Учебное пособие. - М. – 2005.
3. Урываев М.В. Основы морфологии и физиологии анализаторов человека // М.- ММА им. И.М. Сеченова. – 1991. – 47 с.
4. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая стоматология // С. Петербург.- 2001.- 390 с.
5. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. - Л. – 1982.
6. Будылин С.М., Дегтярев В.П. Физиология челюстно-лицевой области.- М. 2000.

УПОТРЕБЛЕНИЕ НАСВАЯ КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Айдаров Р., Алмазбекова А., Сушко Н.Ю.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье затрагивается серьезная проблема – употребление распространенного наркотического вещества среди молодежи, так называемого «насвая». В статье представлены данные по стоматологическому обследованию лиц, употребляющих насвай (основная группа) и контрольной группы (не употребляющих насвай), а также наличие факультативного предракового заболевания, лейкоплакии у обследованных основной группы. Наглядное анкетирование показало, что употребление насвая приводит к привыканию и зависимости. Авторы выявили полную дезинформированность и скудную осведомленность населения Кыргызстана о последствиях употребления насвая. Данная проблема мало изучена и требует дальнейших исследований.

Ключевые слова: наркотическое вещество, стоматологический статус, лейкоплакия, анкетирование.

НАСЫБАЙ ЧЕГҮҮ ООЗ КӨНДӨЙҮНҮН ЧЕЛ КАБЫГЫНДА ЛЕЙКОПЛАКИЯСЫНЫН ЭТИОЛОГИЯЛЫК ФАКТОРЫ

Айдаров Р., Алмазбекова А., Сушко Н.Ю.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада жаштар арасында маселе көтөрүлүп жатат: бул насыбай аттуу маңзат чегүү жана анын ооз көндөйдүн чел кабыгында лейкоплакиясынын таралуусуна таасири каралган. Насыбай чеккен адамдардын стоматологиялык статусун аныктоо керек. Көрсөтмөлүү анкетирлөөнүн натыйжасы: насыбай чегүү көнүгүүгө жана көз карандылыкка алып келгендиги аныкталды. Автор насыбай боюнча жана аны чегүүнүн натыйжалары жөнүндө Кыргызстан дин калкынын маалыматсыздыгын жана караңгылыгын ачып көрсөттү. Бул маселе терең изилдөөлөрдү талап кылат.

Негизги сөздөр: насыбай, адамдардын стоматологиялык статусу, көрсөтмөлүү анкетирлөө.

NASVAY CONSUMPTION AS AN ETIOLOGIC FACTOR OF ORAL LEUKOPLAKIA

Aidarov R., Almazbekova A., Sushko N.Y.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This article reviews a very serious youth problem – abusing a narcotic substance called «nasvay». And its relation to prevalence of oral leukoplakia. A close attention is paid to the dental status of people consuming nasvay. A special survey was held and showed that nasvay consumption leads to addiction. Author tells us about total misinformation of Kyrgyzstan about nasvay and its effects. The problem is poorly studied and needs farther researches.

Key words: narcotic substance, dental status, leukoplakia, questionnaires, drug addiction.

Одной из серьезных проблем в наше время является употребление широко распространенного наркотического вещества среди молодежи, так называемого «насвая». Это традиционный продукт, который находит широкое применение у народов Средней Азии.

Насвай – это никотин содержащий психотропный препарат, обладающий слабым наркотическим действием и имеющий специфический запах.

Состав: махорка, табак, гашеная известь, клей, верблюжий или козий кизяк, куриный помет, сухофрукты (элитные сорта).

Насвай не курят, а «кидают» или «чихают». Насвай закладывают под нижнюю, или верхнюю губу и держат там, в ожидании эффекта. При этом возникает чувство легкой эйфории, местное жжение СОПР, тяжесть в голове, а позднее и во всех частях тела, апатия, гиперсаливация, головокружение, гипотонус мышц. Эффект длится в среднем 7-8 минут.

Широкое распространение этого психотропного продукта, его дешевизна и доступность для трудоспособного населения – весьма опасны и

требуют пристального внимания не только со стороны здравоохранения, но и со стороны правоохранительных органов. Употребление насвая является одним из многочисленных факторов, наряду с курением, местными травмирующими факторами, в возникновении плоской, веррукозной и эрозивно-язвенной форм предракового заболевания лейкоплакии.

Исходя из вышесказанного, выбранная нами тема с точки зрения медицины является актуальной.

Целью исследования явилось выявление взаимосвязи между возникновением лейкоплакии слизистой оболочки полости рта и употреблением насвая.

Задачи.

1. Выявить лейкоплакию у лиц, употребляющих насвай минимум 3 года
2. Провести сравнительную характеристику стоматологических индексов как в основной, так и в контрольной группах
3. По результатам анкетирования, провести анализ исследования
4. Провести просветительную и профилакти-

ческую работу в целевой аудитории.

Материалы и методы исследования.

1. Осмотр полости рта для выявления лейкоплакии СОПР.
2. Определения стоматологического индекса (КПУ, РМА) как в основной, так и в контрольной группах.
3. Анкетирование.

Нами были обследованы 31 человек, употребляющих насвай, которые составили основную группу и 30 человек, не употребляющих насвай, они составили контрольную группу (рис. 1, 2) Стоматологический статус обследованных основной и контрольной групп выявляли путем определения

стоматологических индексов КПУ, РМА. С помощью объективного метода обследования (осмотра) выявляли распространенность лейкоплакии в основной и контрольной группах. Кроме того, всем обследуемым предлагалось пройти анкетирование на предмет осведомленности употребления насвая.

Результаты исследования.

В основной группе распространенность заболеваний тканей пародонта, индекс РМА составил 47%, по сравнению с таковым в контрольной группе – 22%. Индекс КПУ в группе лиц, употребляющих насвай составил 9,3, в отличие от не употребляющих – 6,1 (Рис. 3).



Рисунок 1.



Рисунок 2.

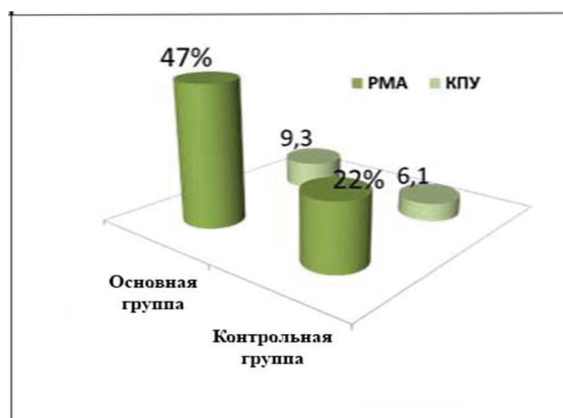
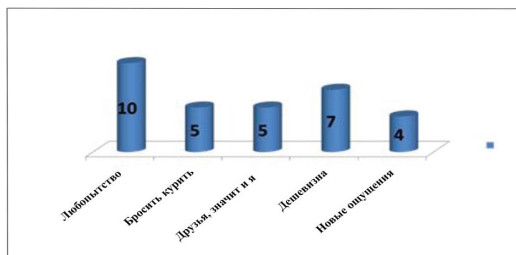


Рисунок 3. Стоматологические индексы

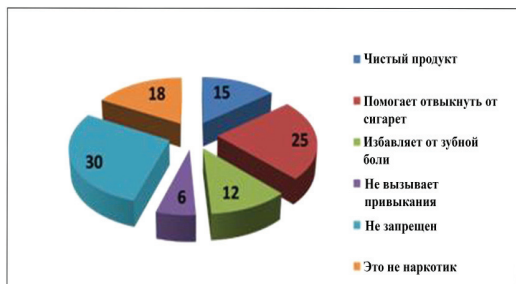
Результаты анкетирования представлены в рисунке 4.

Результаты анкетирования:

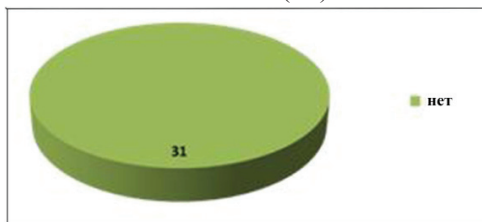
1. Почему вы начали употреблять?



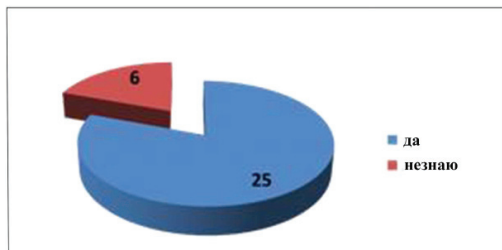
2. Что вы знаете про насвай?



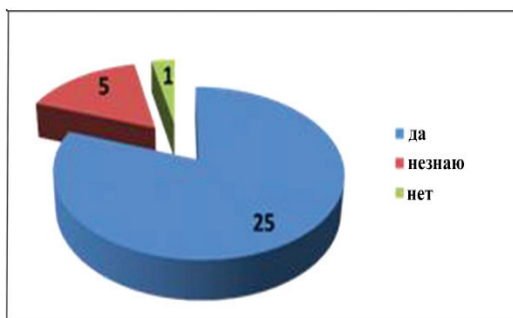
3. Зависимы ли вы от насвая? (Я?)



4. Зависимы ли другие употребляющие от насвая? (Другие?)



5. Хотели бы вы бросить?



Распространенность лейкоплакии в основной группе составила 9,4 %, в контрольной группе лейкоплакии не выявлено. Этот факт подтверждает возникновение лейкоплакии при употреблении насвая (рис. 5).

Рисунок 5.

Распространённость лейкоплакии в основной группе:



Распространенность лейкоплакии в контрольной группе:



Выводы:

1. Проведенное обследование показало, что у лиц употребляющих насвай, распространенность лейкоплакии СОПР в основной группе составила - 9,4%, по сравнению с контрольной группой - 0% (это ярко доказывает, о влиянии насвая при возникновении лейкоплакии СОПР).

2. Стоматологические индексы свидетельствуют об ухудшении стоматологического статуса в основной группе. Результаты анкетирования показали, что употребление насвая приводит к никотиновой зависимости.

3. А также о полной дезинформированности и плохой осведомленности населения Кыргызстана о насвае и его последствиях.

Литература:

1. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология: Учебник для студентов медицинских вузов / Под ред. Е.В. Боровского. М. «Медицинское информационное агентство», 2003. – 840с. ил.
2. Максимовский Ю.М., Максимовская Л.Н., Орехова Л.Ю. «Терапевтическая стоматология». Учебник / Под ред. Ю.М. Максимовского. – М. Медицина, 2002. – 640с. ил.
3. Николаев А.И. Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 560с.
4. Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология: Учебное пособие – 6-е изд., перераб. и доп. – М. МЕДпресс-информ, 2007. – 928с.
5. Стоматология: Учебное пособие / Под. ред. В.В.Трофимова, Н.Я.Молоканова, М.Н.Пузина. – М.: Медицина, 2003. – 560с., ил.
6. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. / Под ред. Г.М. Барера. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – Ч.3 – Заболевания слизистой оболочки полости рта. – 228с.
7. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. / Под ред. Г.М. Барера. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – Ч.2 – Болезни пародонта. – 224с.

МЕТОДИКА ИНФИЛЬТРАЦИИ — НОВАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ НАЧАЛЬНЫХ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЗУБОВ

Чолокова Г.С., Юлдашев И.М., Тыналиева Д.М.

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

Резюме. В статье рассмотрен принципиально новый способ микроинвазивного лечения бесполостного кариеса эмали методом инфильтрации.

Ключевые слова: кариес, микроинвазивное лечение, метод инфильтрации.

ИНФИЛЬТРАЦИЯЛОО МЕТОДИКАСЫ - ТИШ КАРИЕСИ ООРУНУН БАШТАЛГЫЧ ЗАЛАЛДАНУСУНУ ДАРЫЛООДОГУ ЖАҢЫ ТЕХНОЛОГИЯСЫ

Чолокова Г.С., Юлдашев И.М., Тыналиева Д.М.

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

Корутунду. Макалада көндөйсүз тиш кариеси оорунун башталгыч кабылдоосу микроинвазивдүү инфильтрация, дарылоо ыкмасы - принципалдуу жаны технологиясы көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: кариес, микроинвазивдүү дарылоо, инфильтрациялоо методу.

INFILTRATION METHOD - A NEW TECHNOLOGY ON TREATMENT OF DENTAL CARIOUS DAMAGE INITIAL FORMS

Cholokova G.S., Juldashev I.M., Tynaliev D.M.

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

Resume. The article presents a view of principally new approach of non-cavital Dental Enamel Caries treatment with Microinvasive infiltration.

Key words: caries, treatment with Microinvasive, infiltration

При деминерализации эмали, т.е. при наличии пятен стоматологи отдают предпочтение консервативному методу лечения – реминерализующей терапии. Кроме реминерализующей терапии распространение получили такие методики, как озонотерапия, лазерная терапия и воздушно-абразивная обработка. Эти способы лечения без бормашины получили особое применение.

Один из прорывов в стоматологических технологиях - лечение кариеса методом инфильтрации Icon. Данный метод был разработан сравнительно недавно в 2009 году в Германии. Инфильтрация кариеса используется как в детской, так и во взрослой терапии. Метод инфильтрации эмали основан на достижении кариесстатического эффекта за счет закрытия эмалевых пор, являющихся «входными воротами» для проникновения кислот и выхода растворенных минералов.

Методика была разработана профессором Х. Мэйер-Люкелом (H. Meyer-Lueschel) и доктором С. Перисом (S. Paris). Она базируется на удалении псевдоинтактного слоя эмали 15%-ной соляной кислотой с последующим заполнением очага поражения смесью синтетических смол, имеющих определенные реологические свойства (низкая вязкость) и соответственно более высокую проникающую способность (высокий коэффициент пенетрации) [5,6].

Эффективность Icon лечения зубов подтверждена многочисленными исследованиями, он был успешно апробирован в Европе [1,2,3].

Суть методики Icon — инновационное лечение кариеса. Пораженная поверхность зуба обрабатывается при помощи травящего геля, повреждения заполняются и запечатываются специальным композитным составом.

Это инфильтрация, при которой высверливание зубов отодвигается в далекое будущее или не потребуется вовсе. Процесс лечения кариеса без бормашины Icon происходит без боли и без сверления [5,6].

Показания к проведению инфильтрации эмали:

- кариес эмали в стадии пятна на вестибулярных поверхностях зубов;

- кариес эмали и кариес дентина при поражении до половины его толщины (уровни E1–D1 по рентгенологической классификации) на апроксимальных поверхностях зубов при сохранении псевдоинтактного слоя (таблица 1).

Противопоказания к проведению инфильтрации эмали:

- лечение кариеса дентина при поражении более половины его толщины (уровни D2–D3 по рентгенологической классификации);
- полостной кариес эмали и дентина;
- изменение цвета эмали вследствие травмы;
- индивидуальная непереносимость компонентов материала.

Визуальную диагностику кариозных поражений и определение возможности неинвазивной терапии предпочтительно проводить с помощью оптических устройств (монокуляр, бинокулярная лупа и интраоральная видеокамера), позволяющих наблюдать операционное поле детально.

Система ICON для неинвазивного лечения начального кариеса разработана компанией DMG совместно с клиническим комплексом Charite г. Берлин и университетом г. Киль. Производитель рекомендует

Таблица 1. Рентгенологическая классификация проксимальных кариозных поражений по их глубине

Уровень поражения твердых тканей	Граница рентгенопрозрачности	
E₁		Наружная половина эмали
E₂		Внутренняя половина эмали
D₁		Наружная треть дентина
D₂		Средняя треть дентина
D₃		Внутренняя треть дентина



Рис.1. Комплект для лечения апроксимальных поражений



Рис.2. Комплект для лечения вестибулярных поверхностей



Рис. 3. Вестибулярная насадка для внесения протравливающего агента и инфильтранта

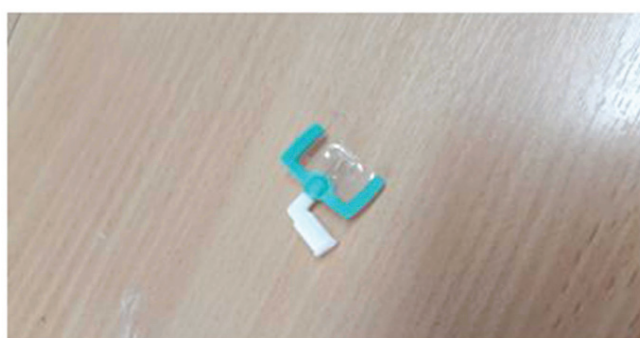


Рис. 4. Проксимальная насадка с односторонней перфорацией для внесения протравливающего агента и инфильтранта

использовать ее при поражениях E1, E2, D1 [4,5,6].

В систему Icon (DMG) входят следующие компоненты:

- межзубные клинья для сепарации проксимальных участков;
- протравливающий агент – 15 %-ный гель соляной кислоты;
- вестибулярные и проксимальные насадки с односторонней перфорацией для внесения протравливающего агента и инфильтранта;
- этанол-содержащий кондиционер Icon-Dry;
- инфильтрант Icon-Infiltrant.

Предлагается два варианта (набора) системы Icon: для апроксимальных поверхностей (Icon Cariesinfiltrant-approximal) и для лечения вестибулярных поверхностей зубов (Icon Cariesinfiltrant-vestibular). Они различаются видами насадок и наличием или отсутствием клиньев.

Шприцы, входящие в комплект для лечения апроксимальных поражений, содержат материал для лечения двух поверхностей. В случае лечения множественных поражений апроксимальных поверхностей в течение одного сеанса обработка мест поражений производится последовательно.

Шприцы, входящие в комплект для вестибулярных поверхностей, содержат материал для одноразового лечения двух-трех поражений. В случае лечения соседних вестибулярных областей в течение одного сеанса обработку мест поражения можно проводить параллельно.

Для объективной оценки диагностики очагов кариозного процесса применяется метод лазерной флуоресцентной микроскопии (KaVO «Diagnodent»), позволяющий определить объем продуктов метаболизма кариесогенных микроорганизмов, в частности молочной кислоты [2,3].

Размеры дефектов определяют с помощью монокуляра ЛИ-2-8х, позволяющего выполнять измерения с точностью до 0,1 мм. Перед проведением инфильтрации апроксимального кариеса зуб очищают с помощью щетки, полировочной пасты и флоссов. Накладывают коффердам (рис. 5).

После наложения коффердама осуществляют сепарацию зубов пластиковым клином из набора (рис. 6).

Чтобы клин лучше вошел в апроксимальный отдел, его рукоятку можно поворачивать под углом. Рукоятку клина отсоединяют, повернув ее. Разделительный клин оставляют в апроксимальном отделе в течение всего сеанса лечения (рис. 6).

Апроксимальную насадку навинчивают на шприц Icon-Etch и вводят в межзубной промежуток перфорированной стороной к пораженной поверхности зуба (рис. 7).

С ее помощью на контактную поверхность наносят Icon-Etch – травящий гель 15%-ной соляной кислоты (1,5 - 2 поворота поршня соответствуют необходимому количеству материала) (рис. 8).

Icon-Etch оставляют воздействовать на 2 минуты.

Аппликационную пленку извлекают из межзубного пространства и промывают Icon-Etch водой в течение не менее 30 секунд (рис. 9).

Область поражения просушивают сухим воздухом

из безмасляного компрессора. Для создания оптимальных условий для адгезии полимерных смол необходимо полное удаление влаги, которая присутствует в порах эмали после промывания водой и последующего высушивания. С этой целью на обработанные участки апплицируют этанол и высушивают их. Затем навинчивают аппликационную канюлю на шприц Icon-Dry. Приблизительно половину содержимого шприца наносят на место поражения и оставляют воздействовать на 30 секунд (рис. 10). Затем снова просушивают сухим воздухом из безмасляного компрессора

Следующий этап лечения – непосредственная инфильтрация очага поражения. Для ее выполнения специальную апроксимальную насадку навинчивают на шприц Icon-Infiltrant и вставляют аппликационную пленку в межзубное пространство. Зеленая сторона насадки должна быть направлена к обрабатываемой поверхности, поскольку выход материала происходит только через перфорационные отверстия (рис. 11).

Перед нанесением инфильтранта необходимо выключить лампу стоматологической установки! Icon-Infiltrant наносят с небольшим излишком на место поражения (1,5–2 поворота поршня приблизительно соответствуют необходимому количеству материала). Оставляют материал воздействовать на 3 минуты. Отсвечивают Icon-Infiltrant со всех сторон в течение не менее 40 секунд (рис. 12).

Для уменьшения полимеризационной усадки и повышения микротвердости наносят материал второй раз, навинтив на шприц Icon-Infiltrant новую апроксимальную насадку. Оставляют воздействовать на 1 минуту и отсвечивают материал со всех сторон не менее 40 секунд. (Рис. 13– после повторной полимеризации.)

Извлекают разделительный клин и коффердам. Полируют конструкцию с помощью полировальных полосок и дисков (рис. 14,15).

После проведения инфильтрации эмали материалом «Icon» необходимо динамическое наблюдение (не реже одного раза в год) с регулярным рентгенологическим контролем. Поскольку Icon не является рентгеноконтрастным материалом, обязательно заполнение специального паспорта на каждый пролеченный зуб.

Для документирования обработанных поверхностей и статуса глубины поражения прилагаемый паспорт пациента можно заполнить при лечении и последующих контрольных проверках и выдать на руки пациенту. Аналогичная информация заполняется на наклейках, которые остаются у врача в карточке пациента.

1. Обложка: имя пациента и печать клиники.

2. Схема зубных рядов: отметить пролеченные поверхности.

3. Внести информацию о пролеченных зубах, отметить пролеченные поверхности (d – дистальные, m – мезиальные, v – вестибулярные (щечные, цервикальные, лабиальные), l – лингвальные или палатинальные) внести глубину поражения и дату лечения.

4. Последующие контрольные проверки: внести глубину поражения и дату проверки. Рекомендуются ежегодные контрольные проверки.



Рис.5. Наложение коффердама.



Рис.6. Сепарация зубов клином



Рис.7. Введение апроксимальной насадки



Рис. 8. Нанесение Icon-Etch



Рис. 9. Промывание водой

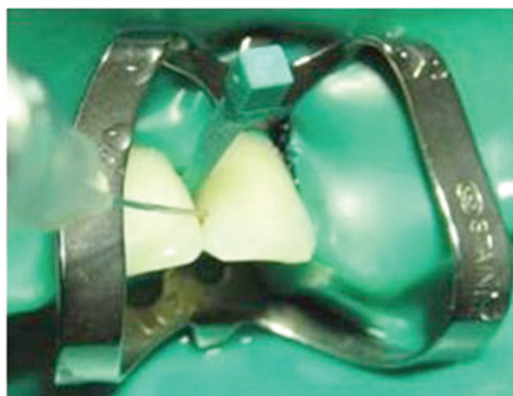


Рис 10. Нанесение Icon-Dry



Рис.11. Инfiltrация очага поражения



Рис.12. Отсвечивание Icon-Infiltrant



Рис. 13. После повторной полимеризации



Рис. 14. Полирование



Рис. 15. После полирования

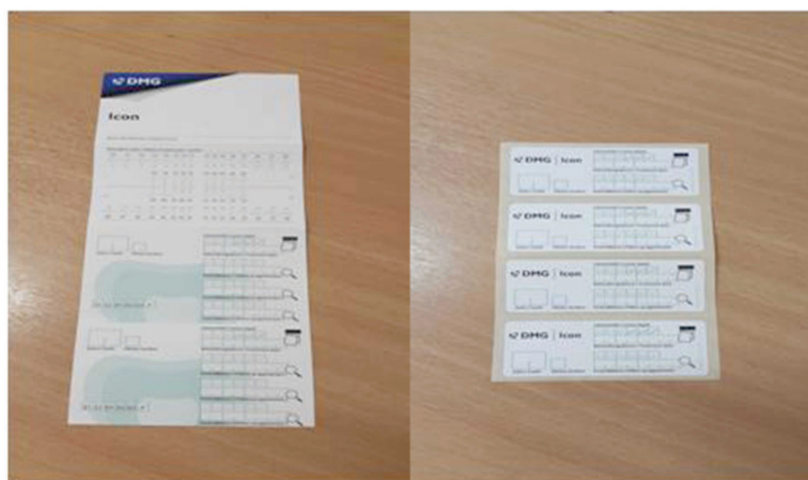


Рис. 16. Паспорт пациента и наклейки

Увеличение объекта исследования с помощью монокуляра, бинокулярной лупы и интраоральной видеокамеры, а также обследования с помощью лазерной флуоресценции значительно повышают качество диагностики кариеса и позволяют определить границы неинвазивной терапии.

Атравматичность и относительная быстрота метода лечения (в одно посещение) определяют высокий потенциал применения препарата в клинике терапевтической и детской стоматологии. Дополнительным преимуществом технологии можно считать восстановление в большинстве случаев флуоресценции эмали.

Лечение кариеса эмали препаратом Icon дает целый ряд преимуществ:

- сохраняются здоровые зубные ткани;
- позволяет отказаться от использования бормашины и анестезии;
- отлично можно вылечить раннюю стадию болезни, как у взрослых, так и детей;
- лечение кариеса системой Icon продлевает жизнь естественных зубов;
- метод Icon лечение кариеса за одно посещение врача [1,4].

Заключение. Применение предложенного метода лечения позволяет за одно посещение получить хороший

эстетический результат, максимально сохранить твердые ткани пораженного кариесом зуба и восстановить флуоресценцию эмали благодаря сходству оптических свойств инфильтранта и используемого пломбировочного материала с таковыми твердых тканей зуба.

Литература:

1. Ломиаишвили Л., Погадаев Д., Елендо М., Михайловский С. Минимально инвазивные методы лечения кариеса зубов. - *ДентАрт*, 2012. - №1. - С. 57-63.
2. Луцкая И.К., Гранько С.А. Лечение кариеса зубов при выраженной деминерализации эмали. - *CONCEPT стоматология*, 2015. - №1 (11). - С.49-54
3. Макеева И.М., Скатова Е.А., Шакарьянц А.А., Макеева М.К. Определение эффективности лечения кариеса методом инфильтрации по результатам исследования *in vitro*. — *Стоматология*, 2010; 4 (89): 31—6.
4. DMG Chemisch-Pharmazeutische Fabrik GmbH. - 2011.10, - www.dmg-dental.com.
5. Paris S., Meyer-Lueckel H., Kielbassa A.M. Resin infiltration of natural caries lesions. — *J Dent Res*. — 2007; 86: 7: 662—6.
6. Paris S., Meyer-Lueckel H. Masking of labial enamel white spot lesions by resin infiltration-a clinical report. — *Quintess Int*. — 2009; 40: 9: 713—18.

ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА СОСТОЯНИЕ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ**Ысыева А.О., Борончиев Т.Т., Акимжанова А.М.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Городская стоматологическая поликлиника № 6

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведенные исследования показали, что параметры ПОЛ ротовой жидкости свидетельствуют о степени протекания окислительно-восстановительных процессов под действием различных схем лечения и профилактики обследуемых детей. Наиболее эффективная терапия наблюдалась в III-IV группах.

Ключевые слова: профилактика, реминерализация, ротовая жидкость, лечения, перекисное окисление липидов.

ДАРЫЛОО-АЛДЫН АЛУУ КАРАЖАТТАРЫНЫН, АДАМДЫН ООЗ КӨНДӨЙҮНҮН СУЮКТУГУНДАГЫ ЛИПИДДЕРДИН ПЕРЕКИСТИК КЫЧКЫЛДАНУУ АБАЛЫНА ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ**Ысыева А.О., Борончиев Т.Т., Акимжанова А.М.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№ 6 шаардык стоматология эмканасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Алынган маалымат текшерилген балдардын ооз көндөйүнүн суюктугундагы липиддердин перекисстик кычкылдануу көрсөткүчтөрү, ар кандай дарылоо схемаларына жана алдын алуу иштерине жараша жүргөн кычкылдануу-калыбына келүү процесстеринин даражасына байланыштуу экендигин аныктайт, өтө эффективдүү терапия текшерилген балдардын III-IV тайпаларында байкалды.

Негизги сөздөр: алдын алуу, реминералдаштыруу, ооз көндөйүнүн суюктутугу, дарылоо, липиддердин перекисстик кычкылдануусу.

THE EFFECT OF THERAPEUTIC OF PREVENTIVE AGENTS FOR THE STATE OF LIPID PEROXIDATION IN THE ORAL FLUID**Ysyeva A.O., Boronchiev T.T., Akimjanova A.M.**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

City dental clinic № 6

Bishkek c., the Kyrgyz Republic

Resume. The researches having been carried out showed that the po-rameters of lipids peroxide oxidation in oral fluid testify processes proceeding under the influence of different schemes of treatment and prophylaxil of examined children. The greanesnefficiency of treatment was observed in III-IV groups of having been examined children.

Key words: prevention, remineralization, mouth liquid, treatment, peroxide oxidation.

Актуальность.

Проблема снижения уровня распространенности и интенсивности кариеса зубов может быть решена при широком внедрении в практическое здравоохранение методов первичной профилактики основных стоматологических заболеваний. В связи, с чем изучению влияния состава и свойств ротовой жидкорсти на характер физиологических и патологических процессов в полости рта у детей, в процессе лечебно – профилактических мероприятий уделяется большое внимание [1].

Ротовая жидкость как основной источник поступления кальция, фосфора и других минеральных элементов в эмаль зуба влияет на ее физические и химические свойства, в том числе на резистентность эмали к кариесу. Изменения количества и качества ротовой жидкости имеют важное значение для возникновения и течения кариеса зубов [2].

Для прорезывания зуба главная роль в обеспечении его полноценного развития и минерализации принадлежит ткани и тканевой жидкости. После прорезывния зуба, с момента его соприкосновения с ротовой жидкостью последняя постепенно становится средой, обеспечи-

вающей все необходимые физиологические процессы в эмали зуба. С поверхностью зуба непосредственно соприкасаются ротовая жидкость и пища. Химический состав пищи может влиять на эмаль, но это влияние кратковременно. Основное воздействие на поверхность зуба оказывает ротовая жидкость.

Свойства эмали и дентина, а именно данные об их проницаемости и продолжающейся минерализации после прорезывания зубов в физиологических условиях, послужили предпосылкой для создания искусственных источников пополнения твердых тканей зубов макро и микроэлементами с целью повышения их устойчивости к кариесу. Эти свойства твердых тканей зубов дают широкие возможности для осуществления профилактических мероприятий.

Зубная эмаль постоянно находится под воздействием состава ротовой жидкости и участвует в процессах ее деминерализации и реминерализации. Важную роль в процессе восстановления зубной эмали играют минеральные вещества, содержащиеся в слюне. При контакте с зубами из слюны выделяются в основном два минеральных компонента – фосфор, кальций. Они

проникают в зубную эмаль, что способствует процессу реминерализации, т.е. восстановлению эмали. Наличие фторида в полости рта ускоряет этот процесс и приводит к исчезновению белых пятен на зубах, которые являются начальным проявлением кариеса. Таким образом, выше изложенное свидетельствует о том, что развитие кариеса зависит от свойств и состава ротовой жидкости, в которой находятся минеральные вещества, необходимые для созревания эмали. Кроме того, на состав и свойства ротовой жидкости влияет гигиеническое состояние полости рта. Средства ухода за полостью рта оказывают значительное влияние на обменные процессы ротовой жидкости и химический состав слюны. С помощью гигиенических и лечебно – профилактических зубных паст можно обогатить ротовую жидкость различными микроэлементами, биологическими добавками, что благоприятно влияет на физико-химические свойства слюны, а следовательно на твердые ткани зубов [3].

Одним из исключительно важных элементов ротовой жидкости является фтор, который активно влияет на метаболизм слюны.

Кроме фторидов на физико – химические свойства слюны могут оказывать влияние такие микроэлементы как Са, Р, Мд, Na, К., которые несомненно, содержатся во многих российских и зарубежных средствах за полостью рта. Перечисленные ингредиенты могут повлиять на содержание в слюне кислой и щелочной фосфатазы, на кислотно-основное равновесие (рН), а также на перекисное окисление липидов и их продукты [4]. Данных по изучению продуктов ПОЛ при кариесе зубов у детей, а также влияния различных средств ухода за полостью рта и реминерализующих средств, содержащих Са, Р, F мы не нашли. Поэтому, одной из задач настоящей работы было изучение содержания продуктов ПОЛ ротовой жидкости у детей с кариесом в процессе лечебно – профилактических мероприятий.

Целью настоящей работы было изучение влияния лечебно-профилактических средств на содержание продуктов ПОЛ ротовой жидкости у детей.

Материалы и методы.

В связи с поставленной целью нами было обследовано и определено содержание продуктов ПОЛ ротовой жидкости у 206 детей до лечебно-профилактических мероприятий в возрасте 7-9 лет и после (через 2 года) лечебно-профилактических мероприятий у 192 школьников, обучающихся в школе-гимназии № 5 г. Бишкек. Все обследуемые были разделены на 4 группы.

I контрольную группу составили 52 учащихся, которым, кроме санации не проводили лечебно-профилактические мероприятия, но дети были обучены основам гигиены полости рта.

II группа состояла из 50 детей, которым помимо санации, обучали основам гигиены полости рта, ежедневно на протяжении 2 лет проводили контролирующую чистку зубов. Из лечебно-профилактических средств использовалась зубная паста «детский жемчуг комплекс», содержащий Са и F.

III группа состояла из 58 учащихся, которым проводили санацию, гигиену полости рта с использованием зубной пасты «детский жемчуг комплекс» в состав которой

входили Са и F и в качестве реминерализующего средства использовали 7% раствор рафина в виде полосканий и аппликаций, после контролируемой чистки зубов.

IV группу составили 46 учащихся, которым помимо санационных мероприятий в качестве реминерализующей терапии использовали покрытие зубов гелем флуоридин гель – Н5. Из зубных паст было использована зубная паста «детский жемчуг комплекс», содержащий Са и F.

Из продуктов ПОЛ нами были определены содержание в ротовой жидкости нейтральных липидов, гидроперекиси липидов, диенкетонов, а также окислительно-восстановительный индекс – спектрофотометрическим способом [5].

Принцип спектрофотометрического метода основан на интенсивном поглощении липидных электролитов в ультрафиолетовом свете. Содержание нейтральных липидов (НЛ) определялась при (ГПЛ) длине волны 212-220 н.м., гидроперекиси липидов при 232-204 н.м., диенкетоны при 273-275 н.м. результаты измерений выражались в относительных единицах величины оптической плотности на 1 мл слюны. Величина окислительного индекса рассчитывалась в единицах представляющих собой отношения величины ГПЛ к НЛ.

Результаты исследований.

Исследование параметров процессов перекисного окисления липидов секрета слюны после санационных мероприятий в I (контрольной) группе не выявила каких-либо существенных изменений. Так, концентрация нейтральных липидов в смешанной слюне у детей в данной группе до и через два года после обследования составила $0,35 \pm 0,03$ и $0,32 \pm 0,03$ единиц оптической плотности, содержание гидроперекиси липидов до и после обследования (через 2 года) составил $0,03 \pm 0,006$ и $0,04 \pm 0,006$ единиц оптимальной плотности, диенкетонов $0,08 \pm 0,02$ и $0,06 \pm 0,02$.

Анализ исследования процессов ПОЛ во II группе показал, что в процессе лечения происходит ингибирование в секрете ротовой жидкости липоперекисления, которая связана преимущественно с трехкратным снижением содержания в слюне нейтральных липидов ($p < 0,001$), что соответственно приводит к уменьшению количества липидов, в частности фосфолипидов, подвергшихся окислительным процессам. Но несмотря на снижение содержания гидроперекиси липидов (ГПЛ) ($p < 0,05$), диенкетонов (ДК) ($p < 0,001$), величина окислительного индекса (ОИ), представляющего собой отношение величины гидроперекиси липидов ГПЛ $p < 0,05$ к нейтральным липидам (НЛ) ($p < 0,001$), достоверно увеличивается ($p < 0,01$) (табл. 1.). Это происходит вследствие большого снижения содержания НЛ относительно к начальным продуктам перекисидации липидов.

В процессе перекисидации липидов в III группе детей наблюдается значительная интенсификация, характеризующаяся как увеличением содержания нейтральных липидов (НЛ) ($p < 0,001$), так и гидроперекиси липидов (ГПЛ), диенкетонов ДК ($p < 0,001$), а также окислительного индекса (ОИ) ($p < 0,05$). Усиление окислительных процессов в слюне в данной группе детей, естественно, не означает обострение патологического процесса, а свидетельствует о

Таблица 1.

Показатели перекисного окисления липидов ротовой жидкости у детей
до и после лечения

Гр.	Время обслед-я	n ^х	P символ	Нейтральные липиды	Гидроперекиси липидов	Диенкетоны	Окислит-й индекс
I	До леч-я	52	P ₁	0,35±0,03	0,03±0,006	0,08±0,1	0,08±0,01
	Через 2 года	48		0,32±0,04	0,04±0,006	0,06±0,02	0,125±0,01
II	До леч-я	50	P ₂	0,32±0,02	0,03±0,006	0,06±0,004	0,09±0,01
	Через 2 года	44		0,11±0,04	0,03±0,01	0,02±0,005	0,272±0,01
III	До леч-я	58	P ₃	0,33±0,02	0,03±0,004	0,07±0,003	0,08±0,01
	Через 2 года	54		1,54±0,38	1,52±0,39	0,21±0,04	0,98±0,11
IV	До леч-я	46	P ₄	0,38±0,02	0,03±0,003	0,07±0,006	0,07±0,01
	Через 2 года	46		1,44±0,24	2,13±0,32	0,14±0,04	1,48±0,10
	Наличие достов-ти	P ₄ - P ₁		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
		P ₄ - P ₂		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
		P ₄ - P ₃		<0,001	<0,005	<0,001	<0,01

n^х – количество обследованных детей

p^х – наличие достоверности обследованных детей

направленности гомеостаза ротовой жидкости, так как в различных биологических жидкостях организма течение процессов липоперекисления будет иметь различную направленность.

Состояние перекисного окисления липидов ротовой жидкости в IV группе детей показал существенное изменение всех его показателей в процессе лечебно-профилактических мероприятий. Так значения нейтральных липидов (НЛ), возросла с 0,38±0,02 до 1,44±0,24 ($p<0,001$), гидроперекиси липидов (ГПЛ) с 0,03±0,003 до 2,13±0,32, диенкетонов (ДК) – с 0,07±0,006 до 0,14±0,04 ($p<0,001$) соответственно изменялись значения окислительного индекса с 0,07±0,01 до 1,48±0,10 (табл. 1).

Заключение.

Анализ состояния процессов ПОЛ в секрете ротовой жидкости после лечебно-профилактических мероприятий у детей показал значительную их вариабельность и прямую зависимость от проводимой терапии. Сравнительный анализ в группах обследованных детей представлен в таблице 1.

В результате лечебно-профилактических мероприятий отмечалось повышение окислительно-восстановительных процессов у детей в III-IV группах, что связано со значительным увеличением в смешанной слюне Са, Р, F, активностью щелочной фосфатазы и повышением pH. В свою очередь указанные микроэлементы и щелочная фосфатаза активно участвуют в обмене липидов, в частности, фосфолипидов являясь неотъемлемой составной частью синтеза и разложения фосфолипидов. В свою очередь, перекисному окислению в основном подвергаются фосфолипиды из-

за наличия большого количества ненасыщенных жирных кислот. Процессам ПОЛ в организме отводится роль универсального биологического механизма регуляции гомеостаза, чутко реагирующего на любые воздействия экзо и эндогенных факторов. Скорость течения ПОЛ в биологических жидкостях различна и зависит от вида окислительных процессов. В ротовой жидкости преобладает ферментативное биологическое окисление. Существование ферментативных систем регуляции данного процесса свидетельствует о том, что ПОЛ – нормальный метаболический процесс, необходимый для обновления липидных и липидосодержащих структур. За счет изменения скорости окисления происходит самообновление, изменения регуляционного транспорта способствует трансформации активности ферментов, в частности фосфатаз и липаз и др. С образованием перекисных радикалов осуществляется окислительное фосфорилирование, синтез определенных гармонов, биологически активных веществ. Синтез простагландинов протекает через стадию образования гидроперекисей. Перекиси, образовавшиеся в результате неферментативного автоокисления, могут выступать в роли неспецифических участников обмена, например, при фаго и пиноцитозе, а в I-II группе существенных изменений со стороны ПОЛ не произошло.

Таким образом, проведенные исследования показали, что параметры ПОЛ ротовой жидкости свидетельствуют о степени течения окислительно-восстановительных процессов под действием лечения и профилактики кариеса зубов у детей. В этом плане наибольшая эффективность лечебно – профилактических мероприятий наблюдалась в III и IV группах.

Литература:

1. Леонтьев В.К., Галиулина М.В., Ганзина И.В. и другие. Влияние жидких гигиенических средств на структурные свойства смешанной слюны человека. // *Стоматология*, - М., 2001. - №5. – С. 4-6.

2. Боровский Е.В., *Терапевтическая стоматология* – М., Медицинское информационное агентство. – 2007. – 777 с.

3. Федоров Ю.А., Дрожжина В.А., Казакова О.В. *Результаты применения некоторых зубных паст в профилактике и лечении стоматологических заболеваний*

у детей и подростков // Труды Всероссийской конференции детских стоматологов «Стоматологическое здоровье ребенка». – Санкт-Петербург, 2001 – С.50-52.

4. Владимир Ю.А., Арчаков А.И. *Перекисное окисление липидов в биологических мембранах.* Москва «Наука», 1972.-250 с.

5. Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. *Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекиси липидов в плазме крови // Лабораторное дело.* – М., 1983 - № 3.-С.33-36.



Журнал «Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева» индексируется
Российским индексом научного цитирования (РИНЦ). Все
статьи основных номеров доступны в полнотекстовом формате
на сайте
www.elibrary.ru,
где отмечается цитирование по каждой статье

ИЗУЧЕНИЕ АНОМАЛИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ И ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНЫХ ДЕФОРМАЦИИ ЗУБНОЙ ДУГИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА

Рузметова И.М., Нигматов Р., Шомухамедова Ф.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Резюме. Своевременное проведение предортодонтической коррекции миофункциональных нарушений у детей с помощью раннего ортодонтического лечения с использованием индивидуально подобранных по размеру стандартных эластопозиционеров и миогимнастики позволяет нормализовать окклюзию зубных рядов, восстановить функцию жевательного аппарата, оптимизировать формирование зубочелюстной системы в процессе роста и развития ребенка.

Ключевые слова: предортодонтическая коррекция, ортодонтическое лечение, эластопозиционеры, миогимнастика.

БАЛДАРДЫН ЖААК – ТИШ КЕМТИГИ ПРИКУС АЛМАШУУ МЕЗГИЛИНДЕ ТИШТИН ТОГОСУНДА КАЙТАЛАНУУСУНУН АЛДЫН АЛУУНУ ИЗИЛДӨӨ

Рузметова И.М., Нигматова Р., Шомухамедова Ф.А.

Ташкент мамлекеттик стоматология институту
Ташкент ш., Узбекистан Республикасы

Корутунду. Балдардын ортодонтиялоого чейинки миофункциялык төп келбестигин эртээрек түзөтүү үчүн өзүнө гана ылайыктылган ченемдеги стандарттык эластопозиционерди жана миогимнастиканы колдонуу, тиштин катарынын окклюзиясын өз абалына келтирет. Ошону менен катары эле, чайноо аппаратын калыбына келтирүү, жаак-тиш системасынын калыптануусу баланын өсүү, ан – сезимин туруктанышуу мезгелине туш келүүсүн камсыздайт.

Негизги сөздөр: ортодонтияга чейинки түзөтүү, ортодонтиялык дарылоо, эластопозиционер, миогимнастика.

THE STUDY OF DENTAL SYSTEM ANOMALIES AND THE PREVENTION OF SECONDARY DEFORMATIONS OF THE DENTAL ARCH DURING MIXED DENTITION OF CHILDREN

Ruzmetova I.M., Nigmatova R., Shomuhamedova F.A.

Tashkent state stomatologic institute
Tashkent c., Uzbekistan Republic

Resume. Timely carrying out preorthodontic correction of miofunctional violations at children by means of correctly picked early orthodontic treatment with use of standard elasto-positioner, individually picking the size allows to normalize an okklyuziya of tooth alignments, function of the chewing device and to optimize formation of dental system in the course of growth and development of the child.

Key words: preorthodontic correction, orthodontic treatment, elasto-positioner.

Изучение эпидемиологической ситуации и получение исходных базисных данных о структуре стоматологической заболеваемости конкретных контингентов является важнейшим условием для разработки и внедрения программ профилактики и лечения стоматологических заболеваний (Всемирная Организация Здравоохранение (ВОЗ), Женева, 2001; С.Х. Юсупов, Л.П. Тупикова и др., 2004).

У детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями гораздо выше поражаемость зубов кариесом, часто наблюдаются гингивиты и плохое состояние полости рта. С возрастом деформации зубочелюстной системы, как правило, усиливаются, их лечение становится длительными и обычно требует применения различных сложных ортодонтических аппаратов и хирургических вмешательств. Поэтому в настоящее время, ни у кого не вызывает сомнения важность и необходимость раннего выявления и лечения зубочелюстных аномалий и деформаций, а это возможно только при диспансерном наблюдении всех детей у стоматолога.

Для профилактики вторичных деформаций зубного ряда особого внимания заслуживают этиологические факторы, своевременное устранение которых залог успешной ортодонтической профилактики.

Важную роль в возникновении вторичных деформаций играют и дисфункции языка, носоглотки, а также вредные миофункциональные привычки.

Цель исследования.

Целью настоящего исследования явилась изучение распространенности аномалий и деформаций зубочелюстной системы у детей сменного прикуса г. Ташкента и определение эффективности эластопозиционеров при их профилактике.

Материалы и методы.

Материалом для исследования послужило стоматологическое обследование 505 детей в возрасте 6-14 лет, посещающих школьное образовательное учреждение г. Ташкента. Из них 232 (45,9%) мальчика и 273 (54,1%) девочек. Все обследованные были разделены на возрастные группы, характеризующие период формирования прикуса: 1-я группа – ранний сменный прикус (6-9 лет) – 211 (41,78%) детей (103 мальчика и 108 девочек); 2-я группа – поздний сменный прикус (10-14 лет) – 294 (58,22%) детей (129 мальчика и 165 девочек). На ортодонтическом лечении и под наблюдением находились 244 ребенка в возрасте от 6 до 12 лет, из них 112 мальчиков и 132 девочки, которых разделили на группы в зависимости от стадии формирования прикуса.

1-ю группу составили 134 ребенка в возрасте 6-9 лет, что соответствовало раннему сменному прикусу (65 мальчиков и 69 девочек), 2-ю группу – 110 детей в возрасте 9-12 лет, что соответствовало позднему сменному прикусу (51 мальчик и 59 девочек). В зависимости от схемы лечения каждая группа детей была разделена также на 2 подгруппы: 1-я основная подгруппа - 121 (67 девочек и 54 мальчика) ребенка, которым ортодонтическое лечение проводили с использованием эластопозиционеров, 2-я подгруппа сравнения - 123 (65 девочек и 58 мальчиков) ребенка, которые получали традиционное лечение с применением съемных ортодонтических аппаратов.

Распределение детей по группам и подгруппам в зависимости от аномалии зубочелюстной системы (ЗЧС) представлены в таблице 1.

Пациентам было проведено антропометрические исследования моделей челюстей: расчет по Понну, Linder Harth, Ekel, Korkhaus, Тонну, а также измерение формы зубной дуги по диаграмме Хаулея-Герберга-Гербста. При назначении эластопозиционеров Миобрейс-системы размеры подбирались нами по специальной таблице для данного аппарата.

Результаты и обсуждение.

При обследовании зубочелюстной системы 505 детей были выявлены ряд стоматологических заболеваний твердых тканей зубов и слизистой оболочки полости рта (кариес, пульпит, гингивит, адентия и др.) и аномалий зубов, зубных рядов и прикуса. При обнаружении аномалий и деформации зубочелюстной системы особое внимание уделяли выявлению этиологических факторов (вредные привычки, патология окружающих зубные ряды мягких тканей, кариес и его осложнения, нестертые бугры молочных зубов, задержка выпадения молочных зубов, раннее выпадение молочных и постоянных зубов, отсутствие своевременного протезирования), так как их учет и своевременное устранение являются главными принципами профилактики, направленной на предупреждение возникновения и развития зубочелюстных аномалий и вторичных деформаций.

Среди обследованных 505 детей у 304 (60,2%) выявлено вредные привычки, из них ротовое дыхание у 38 (12,5%) детей, инфантильный тип глотания – у 36 (11,8%), нарушение жевания (одностороннее жевание) - у 57 (18,8%), нарушение речи - у 64 (21,1%), вредные

Таблица 1.
Распределение детей по группам в зависимости от патологии ЗЧС, абс. (%)

Показатель	Формирование вида патологии прикуса и деформации	Число обследованных			
		дети 6-9 лет		дети 6-12 лет	
		1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Зубочелюстная аномалия	Прогнатический	15 (21,7)	12 (18,5)	8 (15,4)	9 (15,4)
	Прогенический	9 (13,0)	11 (16,9)	7 (13,4)	8 (13,8)
	Открытый	4 (5,8)	3 (4,6)	3 (5,8)	2 (3,5)
	Глубокий	7 (10,1)	6 (9,2)	5 (9,6)	7 (12,1)
	Перекрестный	5 (7,2)	4 (6,2)	4 (7,7)	6 (10,4)
Этиологический фактор, приведший к вторичным деформациям зубного ряда	Зубо-альвеолярное удлинение	8 (11,6)	6 (9,2)	7 (13,4)	6 (10,4)
	Инфантильное глотание	2 (2,9)	2 (3,1)	1 (1,9)	1 (1,7)
	Выдвижение нижней челюсти вперед	4 (5,9)	6 (9,2)	3 (5,8)	5 (8,6)
	Вредная привычка сосания губ, щек, языка и др.	3 (4,4)	2 (3,1)	2 (3,9)	1 (1,7)
	Ротовое дыхание	2 (2,9)	2 (3,1)	3 (5,8)	2 (3,5)
	Преждевременная потеря молочных зубов	6 (8,7)	7 (10,7)	5 (9,6)	8 (13,8)
	Наличие трем, смещение центра	4 (5,8)	4 (6,2)	4 (7,7)	3 (5,1)
	Всего	69 (100)	65 (100)	52 (100)	58 (100)
		134 детей		110 детей	

Таблица 2.
Распространенность вредных привычек среди детей 6-14 лет

Возраст, лет	Ротовое дыхание			Инфантильное глотание			Нарушение жевания (одностороннее жевание)			Нарушение речи			Вредные привычки сосания			Накусывание инородных вещей			Накладывание руки на щеку во время сна		
	всего	из них		всего	из них		всего	из них		всего	из них		всего	из них		всего	из них		всего	из них	
		М	Д		М	Д		М	Д		М	Д		М	Д		М	Д		М	Д
6-9	25	14	11	22	13	9	26	14	12	43	24	19	18	11	7	34	19	15	14	8	6
9-14	13	8	5	14	8	6	31	16	15	21	9	12	12	5	7	12	6	6	19	8	11
Всего	38	22	16	36	21	15	57	30	27	64	33	31	30	16	14	46	25	1	33	16	17

Примечание. М – мальчики; Д – девочки.

привычки сосания – у 30 (9,9%), надкусывание инородных вещей (предметов) - у 46 (15,1%) и подкладывание руки на щеку во время сна – у 33 (10,9%) (табл.2).

Данные о распространенности аномалий положения, количества зубов и аномалий отдельных зубов у детей сменного прикуса представлены в таблице 3. Среди аномалий чаще всего встречались скученность зубов и зубных рядов – у 110, транспозиция зубов – у 84, тремы между зубами – у 63, диастема – у 54, тортоаномалия – у 53, вторичная адентия – у 49, раннее удаление молочных зубов – у 47 и сужение зубной дуги – у 44.

Из числа аномалий прикуса у детей со сменным прикусом чаще диагностировали прогнатический прикус – у 99 (19,6%), из них 53 у 1-й и 46 у 2-й группы; глубокий прикус – у 46 (9,1%) (соответственно 24 и 22), а также прогенический прикус – у 41 (8,1%) (соответственно 24 и 17).

У значительного числа обследованных детей имеется сочетание аномалий и положения зубов с патологией прикуса, а также нескольких видов аномалий прикуса одновременно.

Результаты обследования школьников г. Ташкента показали, что распространенность аномалий и деформаций зубочелюстной системы у детей в сменном прикусе очень высока и составляет, по нашим данным 65,5%. Но, несмотря на высокий процент распространенности аномалий и деформаций зубов, зубных рядов и прикуса, оказание стоматологической помощи, в том числе ортодонтической,

составляет всего 6,93%

В каждой возрастной группе находящихся на ортодонтическом лечении, подбор профилактических и лечебных аппаратов осуществлялся нами индивидуально, в зависимости от вида патологии. У детей 1-й подгруппы в зависимости от возраста и характера патологии применяли эластопозиционеры различных модификаций: преортодонтический трейнер, трейнер инфант, миобрейс-систему, Т4 К™, i-3™, Т4 КА, ТМЖ-MBV™, Т4 А™. Детям 2-й подгруппы аппараты традиционного лечения: активатор Клампта, аппарат Френкеля I-II-III типы, моноблок Андресена-Хойпля, пластинка с вестибулярной дугой с наклонной плоскостью и др. подбирали также индивидуально (табл. 4).

В основной группе из всех пациентов, начавших лечение с эластопозиционерами, 121 (49,6 %) ребенок завершили активный период лечения. Положительный результат от ношения аппарата (устранение парафункции языка, уменьшение вертикальной щели в переднем отделе, устранение вредных привычек, нормализация положения нижней челюсти) отмечался у 109 (90 %) из них. У 9 (7,5%) пациентов результаты были расценены как неудовлетворительные, что объясняется недостаточным ношением аппарата в течение суток или не правильным его использованием. Прервали лечение 3 (2,5%) детей из-за невыполнения правил ношения аппарата.

В группе сравнения из 123 (50,4 %) детей завершили лечение с удовлетворительным результатом

Таблица 3.
Распространенность аномалий положения, количества зубов и аномалий отдельных зубов у детей со сменным прикусом

№	Аномалия зубов	6-9 лет	9-14 лет	Всего
	Скученность	62	48	110
	Диастема	29	25	54
	Тремы	27	36	63
	Транспозиция	33	51	84
	Тортоаномалия	21	32	53
	Макродентия	6	11	17
	Микродентия	9	13	22
	Сверхкомплектные зубы	4	7	11
	Первичная адентия	3	18	21
	Вторичная адентия	11	38	49
	Раннее удаление молочных зубов	18	29	47
	Укорочение зубной дуги	6	19	25
	Сужение зубной дуги	17	27	44
	Дистопия клыков	2	32	34
	Смещение центра	3	39	42
	Инфраокклюзия	1	14	15
	Супраокклюзия	4	9	13
	Травмы	6	18	24
	Воспалительные процессы ЗЧС	2	5	7
	Зубо-альвеолярное удлинение	13	22	35
	ИТОГО	277	493	770

Таблица 4.
Индивидуальный подбор лечения и профилактики по формированию прикуса у
детей в периоде сменного прикуса

Вид прикуса	Дети 6-9 лет (ранний сменный прикус)		Дети 9-12 лет (поздний сменный прикус)	
	основная группа	группа сравнения	основная группа	группа сравнения
Прогнатический	Миогимнастика, Т4К [™]	Миогимнастика, пластинка с вестибулярной дугой, активатор Клампта	Т4К [™] , Т4А [™] миобрейс-система	Пластинка с наклонной плоскостью, активатор Клампта, аппарат Френкеля I, II тип, моноблок Андресена-Гойпля (дуга наверху)
Прогенический	i-3 [™] Миогимнастика, подборочная праща	Миогимнастика, пластинка с винтом секторальным распилом с окклюзионными накладками, подбородочная праща	i-3 [™]	Пластинка с винтом секторальным распилом, аппарат Брюкля, подборочная праща
Открытый	Миогимнастика, Т4К [™] , миобрейс система	Миогимнастика, пластинка с заслонкой для языка	Миобрейс-система	Пластинка с заслоном для языка, пластинка с окклюзионными накладками
Глубокий	Миогимнастика, миобрейс система, Т4К [™]	Пластинка с накусочной площадкой, на молочные жевательные зубы – каппы.	Миобрейс-система, Т4КА [™] ,	Пластинка с накусочной площадкой
Перекрестный	Сошлифовывание бугров молочных клыков, Миогимнастика, Т4К [™] Миобрейс-система	Сошлифовывание нестершихся бугров, пластинка с винтом и односторонней каппой	Миобрейс-система Т4КА [™] ,	Пластинка с винтом и односторонней каппой, аппарат Френкеля
Зубо-альвеолярное удлинение	Миобрейс-система, Т4К [™]	Пластинка с окклюзионными накладками, с искусственными зубами	Т4К [™] , Миобрейс-система, Т4КА [™]	Пластинка с окклюзионными накладками и искусственными зубами
Наличие вредных привычек: -инфантильное глотание	Трейнер-инфант, миобрейс-система, Т4К [™] , миогимнастика	Миогимнастика, пластинка с заслонкой для языка	Миобрейс-система	Пластинка с заслонкой для языка
- выдвигание нижней челюсти вперед	Сошлифовывание бугров молочных клыков, i-3 [™]	Шапка-праща, миогимнастика	i-3 [™]	Аппарат Френкеля, аппарат Клампта
-вредная привычка сосания	Преортодонтический трейнер, трейнер-инфант, миобрейс-система	Пластинка с заслонкой для языка	Миобрейс-система	Пластинка с заслонкой для языка
-ротовое дыхание	Миобрейс-система, Т4К [™]	Пластинка с заслонкой для языка	Миобрейс-система, TMJ-MBV [™]	Пластинка с заслонкой для языка
Преждевременная потеря молочных зубов	Миобрейс-система	Частичные съемные протезы с искусственными зубами	Миобрейс-система	Частичные съемные протезы с искусственными зубами
Наличие трем и смещение центра не более 3 мм в сторону дефекта	Миобрейс-система	Пластинка с рукообразными пружинами для медиального или дистального смещения зубов	Миобрейс-система	Пластинка с рукообразными пружинами для медиального или дистального смещения зубов

83 (67,5 %), неудовлетворительный исход отмечался у 27 (21,9%), прервали лечение - 13 (10,6 %) детей.

Таким образом, современные аппараты эластопозиционеры различных конструкций эффективны для профилактики вторичных деформаций зубного ряда у детей в периоде раннего сменного прикуса. Своевременное проведение предортодонтической коррекции миофункциональных нарушений у детей с помощью раннего ортодонтического лечения с использованием индивидуально подобранных по размеру стандартных эластопозиционеров и миогимнастики позволяет нормализовать окклюзию зубных рядов, восстановить функцию жевательного аппарата, оптимизировать формирование зубочелюстной системы в процессе роста и развития ребенка.

Выводы:

1. Среди школьников г. Ташкента со сменным прикусом распространенность аномалий и деформаций составляет 65,5%.

2. Среди 505 детей выявлено 304 вредных привычки, в том числе нарушение речи у 64 (12,7%), нарушение жевания (односторонне жевание) у 57 (11,3%), надкусывание инородных вещей (предметов) у 46 (9,1%).

1. Преимущества использованных эластопозиционеров перед традиционными функциональными аппаратами заключаются в большем удобстве для детей при ношении аппарата.

2. Коррекция миофункциональных нарушений и стабильность результатов лечения при использовании традиционных методов лечения достигается не всегда.

Литература:

1. Маннанова Ф.Ф. Роль нарушения носового дыхания в этиологии зубочелюстных аномалий // *Клиника и лечение зубочелюстных аномалий*. - Казань, 1981. - С. 48-51.

2. Персин Л.С., Воробьева И.К., Соскова М.В., Бабарскова В.В. Морфофункциональное состояние зубочелюстной системы у дошкольников с прогнатическим глубоким прикусом // *Стоматология*. - 1985. - Т. 64, № 4. - С. 57-58.

3. Профит У.Р. Современная ортодонтия. - М., 2006. - 521 с.

4. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., Окушко-Калашикова В.П. Ортодонтия. - Кн. IV. - М., 2005. - С. 340-346.

5. Шарапова А.И., Ямашев И.Г. Информативность функциональных методов исследования языка при глотании // *Материалы 6-й международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов*. - СПб, 2001. - С. 136.

**СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ И ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ
ЛИПИДОВ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ
ГЕРПЕТИЧЕСКИМИ СТОМАТИТАМИ, ГИНГИВИТАМИ НА ФОНЕ ВРОЖДЕННЫХ
РАСЩЕЛИН ГУБЫ И НЕБА**

**Суеркулов Э.С., Юлдашева Г.И., Мамыралиев А.Б., Джумаев А.Т.,
Юлдашев И.М., Бигишиев М.П.**

Национальный Центр Охраны Материнства и Детства (НЦОМид)

Отделение челюстно-лицевой хирургии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Приводятся результаты комплексного лечения хронического рецидивирующего герпетического стоматита и гингивитов у детей с врожденными расщелинами губы и неба (ВРГН) с применением препарата Лизак. Под наблюдением находилось 36 детей с воспалительными заболеваниями слизистой оболочки полости рта: хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом (ХРГС) (20 детей) и гингивитами на фоне ВРГН (16 детей). Проведенное лечение приводит к снижению токсического действия перекисных радикалов, обеспечивают необходимый уровень протекания - метаболических процессов.

Ключевые слова: герпетический стоматит, гингивиты у детей, перекисное окисление липидов (ПОЛ) - антиоксидантная защита (АОЗ), препарат «Лизак».

**ТУБАСА БУТКӨН ЭРИН ЖАНА ТАҢДАЙ ЖЫРЫГЫНЫНАН ФОНУНДА ӨНӨКӨТ
РЕЦИДИВТҮҮ ГЕРПЕТИКАЛЫК СТОМАТИТ, ГИНГИВИТ ООРУЛАРЫ БАР БАЛДАРДА
АНТИОКСИДАНТТЫК КОРГОНУУСУ МЕНЕН ЛИПИДДЕРДИН ПЕРЕКИСТИК
КЫЧКЫЛДАНУУ АБАЛЫ**

**Суеркулов Э.С., Юлдашева Г.И., Мамыралиев А.Б.,
Джумаев А.Т., Юлдашев И.М., Бигишиев М.П.**

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Эрин жана таңдай нишан оорусу бар балдарда, өнөкөт герпетикалык стоматит жана гингивит ооруларын Лизак препаратын колдонуп комплекстүү дарылоо жыйынтыктары берилген. Көзөмөлдөөнүн алдында эрин жана таңдай тубаса нишан оорусу бар 36 бала болду. Алардын ичинде 20 бала өнөкөт герпетикалык стоматит, 16 бала гингивит оорусу менен болду. Өткөзүлгөн дарылоо перексистик радикалдардын уулуу таасирин төмөндөтүп, метаболикалык процесстердин өз денгелинде өтүүн камсыз кылды.

Негизги сөздөр: балдарда герпетикалык стоматит, гингивит, липиддердин перексистик кычкылдануусу—антиоксиданттык коргонуусу, Лизак препараты.

**ANTIOXIDANT DEFENSE AND LIPID PEROXIDATION IN CHILDREN WITH CHRONIC
RECURRENT HERPETIC STOMATITIS, GINGIVITIS ON A BACKGROUND OF
CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE**

**Suerkulov E.S., Yuldasheva G.I., Mamyrallyev A.B.,
Yuldashev I.M., Bigishiev M.P., Jumaev A.T.**

National Ctr. for Mother hood and Child hood Welfare, Dept. of

Maxillo-Facial Surgery

Bishkek c., the Kyrgyz Republic

Resume. The article presents results of Chronic recurrent herpetic stomatitis and Gingivitis as complimentary to Cleft Lip and Palate inborn defects Complex treatment adding Lizak preparation. All 36 patients: with Oral Mucosa inflammatory diseases: Chronic recurrent herpetic stomatitis (20 child) and with Gingivitis on Cleft Lip and Palate inborn defects (16 child). Treatment provided shows decreasing of Per oxidation Radical Toxic influence and normalize necessary level of Metabolic process flew.

Key words: herpetic stomatitis and Gingivitis Complex treatment, Per oxidation Radicals, Lizak.

Актуальность работы.

Врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН) относится к категории наиболее тяжелых пороков челюстно-лицевой области. Частота этой патологии по данным разных авторов колеблется в диапазоне от 12 до 36% всех пороков развития человека. ВРГН являются тяжелым врожденным состоянием, которое характеризуется наличием не только местного анатомического дефекта, но и сопутствующими системными нарушениями процессов дыхания, питания и речи [6].

Находясь под постоянным воздействием внешних и внутренних факторов, слизистая оболочка полости рта является местом проявления различных заболеваний у детей. Доля герпетической инфекции и гингивитов от общего количества заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) составляет около 80% детей [2,15]. Из них в хроническое течение переходят примерно 20% детей. При этом отмечается тенденция роста хронических форм стоматитов, гингивитов, что отмечают различные авторы, особенно хронического рецидивирующего герпетического

стоматита (ХРГС) несмотря, на что внедряются новые препараты. Это связано с одной стороны, с недостаточной зрелостью и незаконченностью лимфоидного аппарата в детском возрасте, с другой стороны, с все возрастающей иммунодепрессивной активностью окружающей среды, в том числе, инфекционной нагрузкой на организм детей, наличием обострений сопутствующих заболеваний [1,13]. Хроническое течение рецидивирующей герпетической инфекции вынуждает продолжительное время лечить пациентов лекарственными средствами, что приводит к появлению аллергических реакций на медикаменты и формированию резистентности к ним, несмотря на то, что внедряются новые препараты [8]. По материалам отделения челюстно-лицевой хирургии Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМД) г. Бишкек хронический рецидивирующий герпетический стоматит (ХРГС) встречается преимущественно в холодное время года (зимой) с частотой около 15 - человек на 100 обращающихся. По данным других авторов и ВОЗ, распространенность ХРГС среди населения составляет 10–20 %, чаще у школьников и подростков; с возрастом частота заболевания нарастает [2,16].

Комплекс традиционного лечения ХРГС включает системную иммуномодуляцию (при среднетяжелой и тяжелой формах), витаминотерапию, местное симптоматическое лечение, направленное на обезболивание, противовирусное и кератопластическое воздействие [5,7,17].

Заболевания пародонта являются одной из важнейших причин потери зубов. По данным ВОЗ более 80% населения нашей планеты подвержено заболеваниям тканей пародонта, приводящим к потере зубов, появлению очагов хронической инфекции, снижению реактивности организма, микробной сенсибилизации (бактерии, вирусы и др.), развитию аллергических состояний и других системных расстройств [11,17]. Исследования показали, что гингивит встречается у 50-90% взрослого населения [11]. По результатам обследования, проведенного совместно с сотрудниками ЦНИИС в различных климато-географических зонах Кыргызской Республики по методу, разработанному ВОЗ, распространенность заболеваний пародонта в 1988 году достигала 99% [10]. Результаты исследований отечественных авторов показали, что особенно часто болезни пародонта встречаются у сельского населения 88,6%-94,1% [11].

Все это обуславливает поиск новых эффективных методов лечения. Кроме того, актуальной задачей остается разработка новых лекарственных средств, оказывающих как противовирусное, так и иммунокорректирующее действие, которые можно было бы использовать для лечения хронического рецидивирующего герпетического стоматита и гингивита у детей с врожденными расщелинами губы и неба [13,14,17].

Лизак - комплексный препарат для местного применения, обладающий выраженной антисептической, фунгицидной и антибактериальной активностью препарат содержит два активных компонента-лизоцим и Деквалиния хлорид, которые взаимно дополняют и усиливают действие друг друга. Механизм действия препарата Лизак обусловлены фармакологическими свойствами активных

компонентов, входящих в его состав [9].

Деквалиния хлорид – местный антисептик, активный в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, а также грибов (в том числе грибов рода *Candida*). Механизм действия деквалиния хлорида обусловлен его способностью, денатурировать белки и ферменты микроорганизмов, нарушать синтез белка, а также разрушать клеточную оболочку бактерий. Лизоцим - активное вещество, по химической структуре относится к мукополисахаридам. Лизоцим обладает выраженной активностью в отношении вирусов, грибов, грамположительных и грамотрицательных бактерий. Помимо противомикробного действия лизоцим также оказывает некоторый противовоспалительный эффект и способствует повышению местного иммунитета. Активные компоненты препарата Лизак практически не абсорбируются в системный кровоток и не оказывают системного действия.

В патогенезе воспалительных процессов основную роль играет активация «медиаторов воспаления». Расширенная трактовка понятия «медиатор воспаления» позволяет включать в него различные компоненты, в частности, компоненты межклеточного матрикса, гуморальные медиаторы (преимущественно пептидной природы), клеточные элементы (простагландины, интерлейкины), продукты свободно-радикального перекисного окисления. Поскольку большинство медиаторов многофункционально, вряд ли плодотворны попытки классифицировать их по эффектам. Наиболее непротиворечивой представляется химическая классификация медиаторов по их строению (низкомолекулярные, кислородсодержащие радикалы, пептидные, липидные, полисахаридные, биогенные амины) [3,12].

Цель работы.

На основе клинических, лабораторных исследований продуктов перекисного окисления липидов и системы антиоксидантной защиты провести изучения результатов применения нового препарата Лизак при лечении ХРГС и гингивитов у детей на фоне ВРГН.

Задачи работы:

1. Выявить детей с ХРГС и гингивитами на фоне ВРГН, которым кроме традиционного лечения применялся препарат Лизак.

2. Забор ротовой жидкости и крови для биохимических методов анализа.

3. Определение и изучение состояния перекисного окисления и антиоксидантной защиты спектрофотометрическим методом.

Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 36 детей с воспалительными заболеваниями слизистой оболочки полости рта: хроническим рецидивирующим герпетическим стоматитом (ХРГС) (20 детей) и гингивитами на фоне ВРВГН (16 детей). Возраст детей колебался в пределах 4-12 лет. Комплекс традиционного местного лечения включал препараты, стимулирующие эпителизацию, проведение профессиональной гигиены полости рта при гингивитах, симптоматическое лечение, направленное на обезболивание, антисептическое воздействие. Забор ротовой жидкости и крови для биохимических методов проводился в одно и то же время,

без стимуляции в течение 10 минут. Образцы собирались в охлажденные силиконированные пробирки, с внутренней обработкой для стабилизации ферментов. Определение продуктов перекисного окисления и антиоксидантной защиты проводилось спектрофотометрическим методом [4].

Результаты исследования и обсуждение.

Исходя из задач настоящего исследования, нам представляется более важным освещение динамики свободно-радикальных перекисных окислительных процессов, цитокинов и некоторых аспектов антиоксидантной защиты в процессе проведения и окончания лечения. Данные по определению вышеуказанных показателей приведены в таблице 1.

Как видно из данных таблицы, со стороны содержания продуктов гидроперекисей липидов (ГПЛ) в слюнной жидкости значимой динамики после окончания не наблюдается ($p>0,005$). Содержание ГПЛ в плазме крови в период окончания лечения достоверно снижается ($p>0,005$) относительно периода до лечения.

При этом активность одного из ключевых ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ) каталазы существенно повышается ($p<0,001$). Со стороны концентрации некоторых цитокинов - интерлейкинов (ИЛ) – в этот период происходит снижение концентрации ИЛ-1 β ($p<0,005$) и ИЛ-6 ($p<0,001$). Следовательно, проведенное лечение приводит к ингибированию процессов липоперекисления и активности цитокиновой системы в результате повышения активности ферментной АОЗ. Так как каталаза повышает активность реакции, предотвращающей накопление перекиси водорода, образующейся при дисмутации супероксидного аниона и при аэробном окислении восстановленных флавопротеидов. Следует отметить, что каталаза относится к ферментам, которые наиболее длительно сохраняют свою высокую активность и почти не требуют энергии активации.

Снижение концентрации цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6), также свидетельствует об эффективности проведенного лечения. Одним из механизма этого является достижение ремиссии путем повышения возможностей фагоцитарной

системы, а также эндотоксиновой толерантности моноцитов. Соответственно этому происходит уменьшение медиаторов-производных липидов, простагландина Е2, тромбосанов и фактора активации тромбоцитов. Снижению концентрации противовоспалительных интерлейкинов также способствует почти двукратное повышение активности ИЛ-2, который является важнейшим медиатором иммунитета (особенно клеточного), который оказывает преимущественно положительное влияние на гемопоэз и представляет собой фактор роста и дифференцировки Т-лимфоцитов и естественных киллеров, в меньшей степени В-лимфоцитов. А его способность увеличивать цитолитическую активность лимфоцитов - активированных киллеров, обладающих высокой противоопухолевой активностью, используется в клинической практике при лечении рака.

Вывод.

Таким образом, исследования показали, что проведенное лечение приводит к снижению токсического действия перекисных радикалов, которые, помимо участия в качестве интермедиаторов в клеточном метаболизме, и являясь необходимыми промежуточными продуктами при биосинтезе простагландинов, прогестерона, обеспечивают необходимый уровень протекания - метаболических процессов, но в повышенной концентрации ведут к нарушениям мембранных структур клеток, вследствие угнетения энергетических процессов и разобщения окислительного фосфорилирования. Токсическое действие в большом количестве перекисных продуктов может выражаться в следующих явлениях: инактивации сульфгидрильных групп в крови; активации фосфолипаз; разобщении окислительного фосфорилирования; деформации митохондрий; активации аутолитических процессов; нарушение целостности биологических мембран. Следовательно, изучение процессов ПОЛ, системы АОЗ, цитокинов при патологических процессах обоснованно является важным этапом в рассмотрении этиопатогенетических аспектов заболевания и формировании симптомокомплекса, а также может быть дополнительным критерием эффективности проводимой терапии.

Таблица 1.
Показатели продуктов перекисного окисления липидов, активности каталазы, интерлейкинов в биологических жидкостях в период окончания лечения

Анализируемые показатели	Единицы измерения	Периоды лечения		Уровни достоверности (p)
		До лечения n=27	После лечения n=27	
Гидроперекиси в слюнной жидкости	Ед. опт Пл/мл	0,977 $\pm$ 0,064	1.058 $\pm$ 0.07	>0,05
Гидроперекиси в плазме крови	Ед. опт Пл/мл	2.934 $\pm$ 0,123	1.632 $\pm$ 0.112	<0,05
Каталаза в плазме крови	мкат/л	10,34 $\pm$ 0,73	17.2 $\pm$ 1.04	<0,01
ИЛ-1 β	пг/мл	5.845 $\pm$ 0,454	4.47 $\pm$ 0.37	<0,05
ИЛ-2	пг/мл	5.703 $\pm$ 0,64	10.08 $\pm$ 0.871	<0,01
ИЛ-6	пг/мл	5.469 $\pm$ 0,574	2.223 $\pm$ 0.27	<0,01

Литература:

1. Алкеева А.В. Особенности иммунологических нарушений при рецидивирующей инфекции.- Сравнительная оценка эффективности лечения: Автореф. дисс. ... канд. мед.наук. М., 1992.- 18 с.
2. Боровский Е.В., Машикелейсона А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ // М.: Медицина, 2001. – 320 с.
3. Воскресенский О.Н., Ткаченко Е.К. Роль перекисного окисления липидов в патогенезе пародонтита // Стоматология. - 1991. - №4. - С.5-10.
4. Гаврилов В.Б., Мишкородная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови (текст) В. Б. Гаврилов. М.И. Мишкородная // Лабораторное дело-1983.-№3.-С.33-36.
5. Дегтярева Э.П., Рамзаева Л.В., Иовлев В.И., Степанов А.Н. Сравнительная характеристика лечения вирус-герпетических заболеваний слизистой оболочки полости рта противовирусными препаратами // Стоматология. - 1991. - № 3.
6. Дьякова, С.В. Специализированное лечение детей с врожденной и наследственной челюстно-лицевой патологией / С.В. Дьякова // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения. — М., 2002. С. 91-95.
7. Исаков В.А., Исаков Д.В. Современные средства и перспективы терапии герпесвирусных инфекций // TerraMedicana. - 2001. - № 2 (22).-С. 6-9.
8. Карякина Е. М. Эффективность лазерной терапии рецидивирующего герпетического стоматита у детей: Автореф. дисс.... канд.мед. наук.–Мн., 1994.– 16с.
9. Пухлик М.С., Тагунова И.К., Андреев А.В. Оценка эффективности применения препарата Лизак при тонзиллофарингитах [Текст] // Медицинская газета «Здоровье Украины». – 2012. - №4. – С. 1-2.
10. Рассолова М.В., Кубрушко Т.В., Сабуров Б.А. Значение эпидемиологических исследований в профилактике кариеса зубов и болезней пародонта у подростков // Актуальные вопросы стоматологии (Тезисы 5-й научно-практической конференции стоматологов). Фрунзе. – 1988. – С. 93-95.
11. Соловьева А.М., Матело С.К., Тотолян А.А. и соавт. Эпидемиологическое исследование распространенности периодонт патогенной микрофлоры полости рта у населения России // Стоматологическое обозрение. – 2005. - №2. – С. 1-5.
12. Сорокина С.Р., Иванова И.П. Состояние антиоксидантной защиты и перекисного окисления липидов в норме и при генерализованном пародонтите // Вестн. Стоматологии.- Казань, 1996.- №2.- С. 72.
13. Шульженко А.Е. Клиническая эффективность и безопасность применения полиоксидония в лечении хронической рецидивирующей инфекции, вызванной вирусами простого герпеса // Иммунология, 2002. - № 6. — С.349 - 353.
14. Шумский А.В. Имудон в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта // Стоматология. 2000. -№ 6. - С. 53 - 54.
15. Эбралидзе Л.К., Гафаров Р.Р., Мальцева Н.К., Звонарев А.Ю. //Герпес вирусные инфекции: (Диагностика и лечение). М., 1990. - С.28 -34.
16. Bulgacova V.A., Balabolkin L.I., Sentsova T.B. Herpes viral infection in childhood allergic diseases // Abstracts the 23rd International Congress of Pediatrics. Beijing, China, 2001. - P. 325.
17. Matsuda T., Ohno S., Hirohata S et al. Efficacy of rebamipide as adjunctive therapy in the treatment of recurrent oral aphthous ulcers in patients with Behcet's disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled study /. // Drugs R D. – 2003. – Vol. 4, N 1. – P. 19–28.

**АР КАНДАЙ МЕТАЛЛДАРДЫН КУЙМАЛАРЫНАН
ТИШ ПРОТЕЗДЕРИ ЖАСАЛГАНДАГЫ
ПАЦИЕНТТЕРДИН ИММУНОЛОГИЯЛЫК АБАЛЫ**

Амираев У. А., Тухватшин Р. Р.

И. К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
ортопедиялык стоматология жана патологиялык физиология кафедралары
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Ар кандай металлдардын куймаларынан пациенттердин тиштерине жасалган тиш протездеринин жакпагандагынан жабыркагандардын иммунологиялык абалын карап текшерүү жана аларды дарылоо ыкмалары.

Негизги сөздөр: иммунологиялык абал, тиш протездери, металлдардын ар кандай куймалары.

**ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ
ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ ИЗ РАЗНОРОДНЫХ СПЛАВОВ МЕТАЛЛОВ**

Амираев У. А. Тухватшин Р. Р.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
Кафедры ортопедической стоматологии и патологической физиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Рассматривается иммунологическое состояние пациентов, страдающих непереносимостью к разнородным сплавам металлов, из которых изготовлены протезы для зубов и методы лечения.

Ключевые слова: иммунологический статус, зубные протезы, разнородные сплавы металлов.

**IMMUNOLOGICAL CONDITION OF PATIENTS WITH DENTAL PROTHESIS FROM
DISSIMILAR ALLOYS OF METALS**

Amiraev U.A. Tuhvatshin R.R.

Kyrgyz State Medical Academy by I.K. Akhunbaev
Department of orthopedic dentistry and pathological physiology
Bishkek city, Kyrgyz Republic

Resume. Considered Immunological status of patients suffered from intolerance with dissimilar alloys of metals, which were made dentures and treatment methods.

Keywords: immunological condition, dentures, dissimilar alloys of metals.

Ортопедиялык стоматологиянын клиникасында ар кандай металлдардын куймаларынын (дат баспоочу болот, алтындын куймасынан, күмүш палладий куймасынан) кенен колдонулуусу бир пациенттин оозунун ичинде болгондо түрдүү оорулардын пайда болушуна металлдардын куймаларынан жасалган тиш протездери себеп болот. Алар ооз ичиндеги былжыр кабыкчага ар кандай реакция жасап, дүүлүгүүгө дуушар кылат (металл куймалар тийишип турган жерлер кызарып шишимек тартат, оорутат, кычышуу жана күйүп калгандай сезимдер пайда болот), шилекейдин бөлүнүп чыгуусу, даам сезүү сезими бузулат, металл даамдануу айрыкча кычкыл тамак жегенде жана эртең менен пайда болот [1, 2].

Электролиттик диссоциация учурунда металлдардын иону аллергенге окшоп таасир этиши мурун далиленген. Бирок, ооз ичинде ар кандай металлдардын куймаларынын болуусуна иммундук түзүмдүн жооп бериши жана динамикалык түрдө изилдөө жүргүзүү иши жасалган эмес. Иммунологиялык өзгөчөлүктү, анын таасир кылуучу мүнөзүн жана жакпагандык синдромдун иммунологиялык профилин эске алып, организмдин ар кандай металлдардын куймаларына боло турган реакциясынын алдын ала билүү менен протездерге колдонулуучу материалдардын кайсынысы ооз ичинде туура келе тургандыгын негиздөө керек [3, 4].

Адабият боюнча металлдардын жакпагандыгы, аллергиялык сезилиши ооз ичиндеги ар кандай металлдардан жана алардын куймаларынан жасалган тиш

протездеринен пайда болгон гальванизм карама каршы түшүнүктө, эң башкы көйгөй болуп бир ооздо ар кандай металлдардан жасалган тиш протездери бар пациенттерде иммун түзүмү кантип өзгөрүлүүгө дуушар болгонунда.

Биздин жумушубуздун максаты аллергияга дуушар болгон пациенттердеги иммунитеттин коргоочу өзгөчө (специфический) жана өзгөчө эмес (неспецифический) факторлорунун ооз ичиндеги ар кандай металл кошулмаларынын таасирин иммундук коррекциялык дарылар аркылуу жардам берүү.

Материал жана изилдөө ыкмалары.

Иммундук коррекция катары Рапин жана Т-активин препараттары колдонулду, ал препараттар өзүнчө эмес түрткү берүүчү (стимулирующий) болуп, иммунитеттин гуморалдык жоопкерчилигин кескин жогорулатат. Ошону менен катар пациенттердин оозун дарылап (санация) андан кийин рационалдуу конструкциядагы тиш протездери менен дарылоону жүргүздүк. Ортопедиялык дарылоо үчүн кабыл алынган пациенттердин жашы 23төн 55ке чейин болду.

Иммунитеттин өзгөчө коргоо факторлорун изилдөө үчүн биз 11 пациенттин бласттуу трансформация реакциясын-БТР (реакция бластной трансформации-РБТ) колдондук, 10 адам көзөмөл тобун түздү, пациенттердин канынын сары суусунан (сыворотка) иммуноглобулиндерин текшергенде 18 жана 13 болуп чыкты, нейтрофилдердин аутоаллергиялык бузулуусу-НАБ (аутоаллергическая повреждаемость нейтрофилов-

АПН) 10 жана 11, лейкоциттердин агломерация реакциясы-ЛАР (реакция агломерация лейкоцитов-РАЛ) жана лейкоциттердин миграциясын аутоаллергиялык токтотуу-ЛМАТ (аутоаллергическое торможение миграции лейкоцитов -РТМЛ) пациенттердин 18 жана 11 ге барабар болду.

Металл куймалары жакпаган абал түзүлүп, аллергиялык абал болгондо иммунитеттин Т- жана В системалары перифериялык кандагы Т – лимфоциттерди аныктап, алардын кызматы лейкоциттердин бласттрансформациясы аркылуу аныкталды.

Иммунитетти өзүнчө эмес коргоо факторлорун изилдөөдө нейтрофилдердин фагоцитардык активдүүлүгүн - НФА (фагоцитарная активность нейтрофилов - ФАН), фагоцитардык индекс-ФИ (фагоцитарный индекс-ФИ) пациенттерде 16 жана 16 болду, пациенттердин лизоциминин активдүүлүгү 14 жана 11, кандын сары суусунун комплементардык титри – 13 жана 12, лейкоциттердин миграциялык активдүүлүгү-ЛМА (миграционная активность лейкоцитов-МАЛ) пациенттерде 18 жана 11, жалпы белок жана белок бөлүкчөлөрү (белковые фракции) – 18 жана 11 болду.

Ig A, M, G өлчөмүн радиалдык диффузия ыкмасы менен аныкталды. НФАүн аныктоо үчүн алтын түстүү стафилококкту колдонуу ыкмасы менен кандын сары суундагы лизоцимди титрлөө менен бааланды. Кандагы сары суунун комплементине 2%дуу койдун эритроцитин 3 эсе титрлеп эритип, кошкондо 100%га гемолиз болуусу менен бааланды. ЛМАүн аныктоодо лейкоциттердин активдүү кыймылы боюнча жана лейкоцитардык масса менен толтурулган бирдей диаметрдеги айнек капиллярларынын бетине кескин түрдө лейкоциттер миграция болушуна карап бааланды. Белок фракциялары агар килкилдегинде электрофоретикалык ыкма менен өзгөртүлгөн камерасында изилденди. Кандагы сары суунун белогу рефрактометр ыкмасы менен аныкталды.

Тажрыйбадан алынган бардык материалдар Microsoft Excel прикладдык программанын жардамы менен компьютерде Стюденттин эсептөө чени менен жасалды.

Өздүк тыянак жана аларды талкуулоо.

Алынган маалыматтардын анализи көрсөткөндөй, розетка жасоочу клеткалардын саны аллергиялык абалда жогору $15,0 \pm 15,81$, көзөмөл топтогу изилденгендерге караганда $1472 \pm 75,81$.

Көзөмөл топко караганда лимфоциттердин кескин (спонтанная) реакциясы жана түрткү берген (стимулированная) фитогемоагглютинин (ФГА) металл куймалары жакпаган пациенттердин маалыматы жогору. Дарылоону жүргүзгөндөн кийин кескин трансформация жана ошондой эле түрткү берген ФГА нормалдашканы аныкталды.

Аллергиясы бар металл куймалары жакпаган пациенттерде иммуноглобулиндердин бардык үч классынын саны жогору болгон, алар иммундук коррекция ыкмасы менен дарылаганда нормага келишкен. Кандагы нейтрофилдердин аутоаллергиялык бузулуусу-НАБ (аутоаллергическая повреждаемость нейтрофилов - АПН) клетка түрүндөгү аутоаллергиялык реакцияга кирет. Металл куймалары жакпаган пациенттердин нейтрофилдеринин

аутоаллергиялык бузулуусун дарылаганга чейин кан тамыр антигени $0,24 \pm 0,02$, бүйлө антигени $0,10 \pm 0,01$, дарылоону бүткөндөн кийин – $0,10 \pm 0,001$ жана $0,04 \pm 0,01$ ($P < 0,05$) болуп калды.

Келтирилген маалыматтарга таянсак металл куймалары жакпаганда организмде аутоенсибилизация реакциясы жүргөндүгүнүн натыйжасында лейкоцитолитиз коэффициенти көтөрүлөт. Аллергиясы бар пациенттерде металл куймалары жакпагандыктын себебинен НАБ менен анти тамырлык жана анти бүйлөлүк антидене синтезделип көз карандылык күчтүү корреляцияга ээ болгону билинет.

Сенсибилизделген организмде *in vitro* лейкоциттердин аутоаллергиялык бузулуусу – клеткалардын миграциялык токтолуусунун феномени өзгөчө (специфический) антиген менен тийишүүсү. Мында организмдеги капиллярлардын лейкоциттин басаңдаган миграциясынын реакциясынын-ЛБМР (реакция торможения миграции лейкоцитов-РТМЛ) өтө сезгичтигинин бир көрсөткүчү. Лейкоциттер, иммунологиялык маалыматка ээ болуу менен, антиген менен бирге өзүнчө сезишип, калган клеткаларга эритүүчү заттарды бөлүп чыгарып таасир кылып, миграцияны токтотуучу фактор деп аталат. ЛБМР жогорку өзүнчө жана өтө сезгичтиктин акырындалган түрү клиникалык стоматологияда кенен колдонуу тапкан эмес. Ооз ичиндеги металл куймалар организмге жакпай, аллергия менен ооруган пациенттердин абалын изилдөө феномени болгон эмес.

Биздин изилдөөлөр көрсөткөндөй металл куймаларынын жакпагандыгы жогорку сезгичтиктин (аутоаллергизация) таасиринде болот. Мындай учурда макрофагдардын миграциясынын токтотуу индекси (*in vitro*) көзөмөл топко караганда төмөн болуп калат.

Мында бүйлө жана кан тамыр антигендери аз болуу $0,428 \pm 0,09$ менен $0,802 \pm 0,09$, бул нормага караганда аздык кылат ($1,02 \pm 0,08$). Клеткалык аллергиялык реакциялардын өз ара байланышын изилдөө макрофагдардын миграциясын басаңдоо индекстерин түзүү ыкмасы менен нейтрофилдердин бузулуу көрсөткүчүндө лейкоциттердин жабышып калуусунда алардын компоненттери бүйлө ($S = +0,85$) менен кан тамыр ($S = +0,79$) тыгыз байланышта.

Фагоцитардык системанын абалын фагоцитоз билдирет. Фагоциттердин негизги кызматы клетканын ичине кирген объекттерди жок кылуу. Ал эми металл куймалары жакпагандагы аллергия абалында лейкоциттердин фагоцитардык активдүүлүгү жөнүндө маалыматтар жок. Биздин изилдөөнүн натыйжасында металл куймалары жакпаганда фагоциттердин активдүүлүгү өтө начар. Пациенттерди дарылаганга чейин фагоцитардык сан $74,87 \pm 2,90\%$, фагоцитоз көрсөткүчү $37,95 \pm 0,85\%$ жана фагоцитардык индекс $2,01 \pm 0,05$ барабар. Көзөмөл топто $160,37 \pm 10,75\%$, $45,56 \pm 0,61\%$ жана $3,02 \pm 0,12$ ($P < 0,001$). Рапин жана Т-активин менен иммунокоррекциялык дарылоодон кийин үч көрсөткүч тең ордуна келди.

Организмге инфекциянын кабылдагычтыгынын көрсөткүчүнүн бир заты болуп, кандын бактерициддик касиетин билгизүүчү – лизоцим. Химиялык жактан лизоцим аминокислоталардын төңөлүктөрүнөн турат, рибонуклеазаны элестет, энзимдей таасир кылып,

микробдорду өзүнчө лизис кылат, ал организмдеги ткандарда жана суюктуктарда болот. Биз караган адабиятта лизоцимдин металл куймаларына аллергиялык активдүү аракети табылбады. Биздин далилдөөбүз боюнча аллергиясы бар адамдарда лизоцим активдешти. Айта кетсек иммунокоррекциялык дарылоодон кийин активдүүлүгү күчөгөн. Лизоцимдин титрин жогорулатканда антидененин санынын максималдуу көбөйүүсү кошо жүрөт, мындай абал металл куймалары жакпаган пациенттерде байкалат. Лизоцимдин активдүүлүгү менен көзөмөл топтогу титрдин комплиментинин корреляциялык катышын изилдөөдө алардын көрсөткүчтөрүнүн кескин түрдө тескери байланышта болгону билинет ($S = -0,83$).

Кандын комплементардык активдүүлүгү организмдин ооруларды кабыл албастыгын табигый белгилүү мааниге ээ. Бактериолизиндер жок болгон учурда деле комплементтин физиологиялык маанилүү касиети кайсы бир бактерияларды жок кыла алуу мүмкүнчүлүккө ээ экендиги.

Биздин изилдөөлөрдүн анализи боюнча пациенттердин канынын сары суусунун комплементардык титри металл жакпаганда көзөмөл топко караганда жогору, коррекциялык дарылоодон кийин комплементардык титр нормалдашууга жетишет.

Лейкоциттардык системанын жана анын активдешүүсүнүн функциялык абалынын көрсөткүчүн лейкоергия феномени мүнөздөйт. Организмдин жалпы резистентүүлүгүнө жана клеткалардын жогорку активдүүлүндө лейкоциттердин спонтандык желимделген топторго алып келип организмдин активдешүүсү менен лейкоергиялык лейкоциттердин миграциялык жөндөмдүүлүгүн күчөтөт.

Лейкоциттердин миграциялык активдүүлүгү (ЛМА) алардын кыймылдоо жөндөмдүүлүгү, фагоциттардык реакциянын көрсөткүчү менен катар, организмдин иммунологиялык активдүүлүгүн чагылдырат. Лейкоциттердин функциялык абалынын бир белгиси - алардын амёба сыяктуу кыймылдоосун

протоплазмадагы гликоген менен кычкылдануу реакциясы камсыздандырат. Биздин далилдөө боюнча металл куймалары жакпаган пациенттердин ЛМА көрсөткүчү $110 \pm 2,54$ мм² болду көзөмөл топто $67,52 \pm 0,43$ мм² ($P < 0,001$). Иммунокоррекциялык каражаттар менен комплекстүү дарылоо чараларында ЛМА көрсөткүчүнүн мааниси $69,52 \pm 0,72$ мм²ге барабар болуп, дарылаганга чейинкиге караганда бир канча аз болгон. Реакциянын жогорку көрсөткүчү белгилүү даражада лейкоциттик түзүмдүн активдүү болушун белгилейт.

Биздин изилдөөлөрдөгү маалыматтарга таянып айтканда металл куймаларынан тиш протези жасалганда аллергияга байланыштуу көрүнүштө, ЛМА коргоо механизминин бир фактору болуп эсептелет.

Ошентип, пациенттердин организмнин аллергиялык абалда болушунда металл куймаларынан тиш протездерин жасаганда ооз ичиндеги ткандардын өзгөчө иммун жоопкерчилиги кескин өзгөрүлөт. Пациенттерди дарылоодо бир багытта иштөөчү (синергический) иммунокоррекциялык препараттар Рапин жана Т-активин металл куймаларынан тиш жасаганда организмге жакпай калган учурда иммун системасын жөнгө салат.

Адабияттар:

1. Амираев У.А. Коррекция аллергических проявлений при непереносимости к стоматологическим материалам в полости рта [Текст]. - Бишкек, 2001. - 94 с.
2. Клиническая патофизиология [Текст] / Под. ред. проф. В. Т. Долгих. - М.: Мед. книга, Нижний Новгород: НГМА, 2000. - 200 с.
3. Воложин А. И. Аллергия к металлам, используемые для зубного протезирования и методы диагностики [Текст] / А. И. Воложин, А. А. Бабахин, Л. В. Дубова и др. // Стоматология. - 2004 - № 5. - С. 57-61.
4. Тимофеев А. А. Особенности диагностики, клинического течения и лечения пациентов с металлическими включениями в полости рта. [Текст] / А. А. Тимофеев // Современ. Стоматология. - 2006. - № 1. - С. 106-110.

**КЫЙМЫЛДАП ТУРГАН ТИШТЕРДЕ ПАЙДА БОЛГОН ШЫНАА КЕМТИГИН
ОРТОПЕДИЯЛЫК ЖАНА ТЕРАПИЯЛЫК ДАРЫЛООНУ АЙКАЛЫШТЫРУУ****Амираев У.А., Эргешов С.М.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Ортопедиялык жана терапиялык стоматология кафедралары

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кыймылдап турган тиштерде пайда болгон шынаа сыяктуу кемтикти дарылоодогу терапиялык жана ортопедиялык ыкмалар берилди.**Негизги сөздөр:** кыймылдаган тиштер, тиштердеги шынаа сыяктуу кемтик, механикалык жана химиялык себептер, дарылоо, шакшактоо.**КОМПЛЕКСНОЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
КЛИНОВИДНЫХ ДЕФЕКТОВ НА ПОДВИЖНЫХ ЗУБАХ****Амираев У.А., Эргешов С.М.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедры ортопедической и терапевтической стоматологии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Методы терапевтического и ортопедического лечения клиновидных дефектов на подвижных зубах.**Ключевые слова:** подвижные зубы, клиновидный дефект на зубах, механические и химические причины, лечение, шинирование.**THE COMPLEX OF ORTHOPEDIC AND THERAPEUTIC TREATMENT
OF WEDGE-SHAPED DEFECTS ON MOVABLE TEETH****Amiraev U.A., Ergeshov S.M.**

The chair of orthopedic and therapeutic stomatology

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev

Bishkek c., the Kyrgyz Republic

Resume. The methods of therapeutic and orthopedic of wedge-shaped defects on movable teeth.**Key words:** moving teeth, of wedge-shaped defects on movable teeth, mechanical and chemical causes, treatment, splinting.

Тиштин катуу тканында пайда болуучу өзгөчө клиникалык жана морфологиялык патологиясынын бир түрү – шынаа сыяктуу кемтик. Бул патологиянын келип чыгуусу тууралуу ар кандай божомолдор көп. Алардын ичинен эң эле таралганы тиштин катуу тканынын механикалык сүрүлүү жана химиялык бузулуусу болуп эсептелет [4]. Механикалык теория боюнча шынаа кемтиги тиш тазалоодо колдонулуучу каражаттар тиш щетка жана тишти тазалоодо колдонулуучу сыкма менен күкүм болуп эсептелет. Бул себепте тиш щетканы тиштердин бети боюнча жүргүзүү эрежесин сактабагандыктан же билбегендиктен болот. Шынаа кемтиги көбүнчө щетканы түз жүргүзүп жууганда пайда болот [2]. Химиялык теорияны тастыктоочулардын айтуусу боюнча шынаа кемтиги, тиштерге жабышкан тамактын калдыгынын ачыгандыгынын натыйжасында пайда болгон органикалык кычкылдыктын таасири менен тиштин катуу тканынын эритип жиберүүсүнөн пайда болот.

Бирок айтылган механикалык жана химиялык теориялар төмөнкү факторлорго түшүнүк бере албайт: 1) шынаа кемтиктер тиштерин жууганда күкүм менен щеткалап жуубаган адамдарда да кезигет; 2) шынаа кемтиги кээ бир жаныбарларда да болот; 3) шынаа кемтиги көбүнчө тиштин таңдай бетине караганда маңдай бетинде көп кездешет; 4) шынаа кемтиги бар пациенттерде кариес оорусу аз кездешет [5].

Кээ бир окумуштуулардын изилдөөсү боюнча шынаа сыяктуу кемтиктер борбордук нерв түзүмүнүн

оорушунан, ичеги-карын ооруларынан тамактануунун начарлашынан жана эндокриндик түзүмдүн бузулуусунан кийин пайда болот.

Изилдөөчүлөрдөн дагы бирөөлөрү тиштин моюнчасындагы эмальдын жана цементтин тубаса начар болушунан же тиштин түзүлүшүнүн өзгөрүлүшүнөн органикалык эмес заттардын бири-бири менен жакшы байланышпагандыгынан улам алардын жешилип кетишинен шынаа кемтиги келип чыгат деп эсептешет.

Тиштердин шынаа сыяктуу кемтигинин клиникалык белгиси болуп: кычкыл жашылча-жемиш жегенден, ичимдик ичкенден кийин тиштин камалып калуусу, механикалык жана химиялык дүүлүктүргүчтөрдөн кийин зыркырап ооруп кетиши, маңдай тиштерде шынаа сыяктуу кемтик болуп, ал сары-күрөң түскө ээ болгондо эстетикалык көрүнүштүн бузулушу, ошол жерлерге тамактын калдыгынын тыгылып туруп калып, ооздун тазалыгын, гигиенасын начарлатышы эсептелет. Мындай бузулуулардын бир эле пациентте болушу чанда кезигет. Шынаа сыяктуу кемтик болгондо жаштар эстетикалык бузулууларга көңүл бурса, улгайган пациенттер ысык-сууктан тиштин ооруганына арызданышат. Тиштердин шынаа сыяктуу кемтиктери көпчүлүк учурда пародонтоз менен ооруганда кезигет [3].

Тиштердин шынаа сыяктуу кемтигинин өзгөчө мүнөздөмөсү болуп – кемтик канчалык терең дебесин, ал тиштин өзөгүнүн (пульпанын) сезгенүүсүнө алып келбегендиги. Мүмкүн, өзөк дентиндин экинчи катмарын

тездик менен калың датуусунун натыйжасында ал сезгенүүгө учурабайт.

Шынаа сыяктуу кемтикти изилдеген окумуштуулардын айтуусу боюнча тиште пайда болгон шынаа кемтиги үч түрдүү болуп кезигет: тамырдын бетинде, моюнчанын аймагында жана тиштин коронка бөлүгүндө.

Биздин аныктообуз боюнча тиштеги шынаа сыяктуу кемтик айкалышкан түрдө: моюнча менен коронкада жана тамырда ошондой эле моюнчада жана тиштин коронка бөлүгүндө өзүнчө кезигет [1]. Тиштин пародонту бошошпой соо болгондо, шынаа сыяктуу кемтикти ар кандай стоматологиялык материалдар (композит материалдар, цемент, пластмасса, жарык менен катуучу композит материалдар) менен кыттап койсо болот.

Шынаа сыяктуу кемтиктер жаштарда азыраак, улгайган пациенттерде көбүрөөк кездешет. Мындай кемтиктерди дарылоодо, кемтик кайсы тиштерде пайда болгонуна көңүл бөлүү керек. Шынаа сыяктуу кемтик маңдай тиштерде болсо, шынааны дарылоо үчүн тиштин өңүнө окшош материалды алуу керек. Эгерде ал азуу тиштерде болсо, көбүнчө ал тишти жасалма коронка менен жаап койгон жакшы натыйжа берет. Өздүк тыянак жана аларды талкуулоо.

Ушул ыкма менен 50-75 жашка чейинки 5 пациенттерге биз жардам көрсөтө алдык.

Мисал катары пациенттердин ичинен бир пациентке жасалган жумуштун клиникалык (терапиялык жана ортопедиялык) баскычын көрсөтүүнү туура деп чечтик.

Бизге үстүнкү жаактын тиштеринин моюнчасында кемтиги бар 75 жаштагы А. П. А. пациент кайрылды. Карап көргөндө үстүнкү жаактын тиш катарынын формуласы 0 0 0 15 14 13 12 11 ! 0 22 23 24 0 0 0 0. Жаактын эки жагында тиш катарынын чектелбеген кемтиктери бар жана сол жактагы биринчи кашка тиш жок болушуна байланыштуу пациенттин үстүнкү жаагында кийме тактача тиш протези бар экен, ал эми калган тиштеринде шынаа сыяктуу кемтиктер жайланышкан, тиштер I, II, III даражада кыймылдап турат (1-сүрөт).

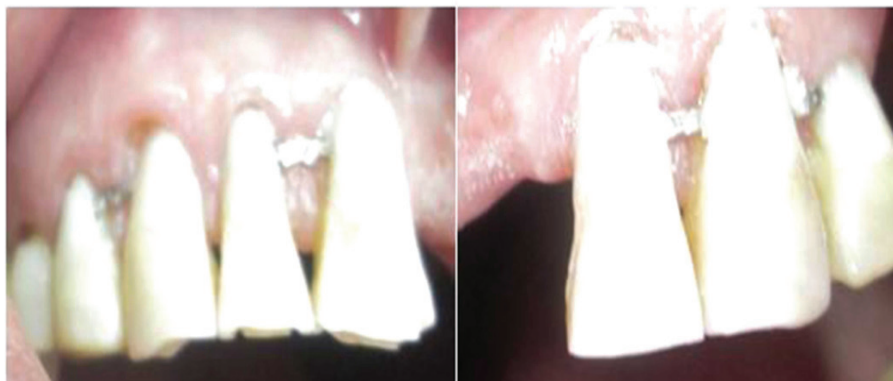
Астыңкы жаактын тиш катарын сол капталында жана маңдай аймакта көпүрөчө бекилме тиш протездери бар, ал эми оң капталда 47 46 тиштери жок болуучу (1-сүрөт). Ал жерге көпүрөчө бекилме тиш протези жасалды. Кыймылдап турган тиштердин жаакта туруусун узартуу үчүн бир жумуш менен эки максатты аткардык. Ал үчүн шынаа сыяктуу кемтиги бар кыймылдаган тиштерге кесилиши 0,8 мм ортодонтиялык зымды (2-сүрөт) алып,



1-сүрөт. Тиштерде шынаа сыяктуу кемтик коронка, моюнча жана тамырына жайгашканын көрүнүп турат.



2-сүрөт. Тиштердеги шынаа сыяктуу кемтикке шактоочу зымды жалпайтып, тууралап орноштурулуусу.



3-сүрөт. Жарык менен катуучу композит материалды тиштин өңүнө окшош кылып, тиштерди шакшактап жана кемтикти толуктап койгондогу көрүнүш

тиштин догосу боюнча ийип, шынаа сыяктуу кемтикке туураладык. Терапевт стоматолог шынаа сыяктуу кемтиктин кайсы бир жерлерин өгөөлөп, жасалган зымды ченеп көрүп, зымды шынаа сыяктуу кемтиктерге туура келтирип, бетин жарык менен катуучу композит менен бекитти (3-сүрөт).

Мындай жумушту аткарууда биринчиден кыймылдап турган тиштерди бири-бири менен шакшактоого жетиштик, экинчиден тиштердеги шынаа сыяктуу кемтикти толуктап, дарылоого мүмкүнчүлүк болду.

Ошентип, пациентке жасалган биздин аракет менен тиштер шакшакталып жана шынаа сыяктуу кемтик да дарыланып, пациенттин ыраазычылыгына татыктуу болдук.

Пациенттер биз жасаган конструкция менен

бир жылдан ашык ийгиликтүү жүрүшөт. Демек, врачтар өзүлөрүнүн күндөлүк жумушунда ушундай пациенттер кезиксе, биздин жасаган сунуш менен жардам берсе болот.

Адабияттар:

1. Курляндский В. Ю. Ортопедическая стоматология. - М., 1972. -155 с.
2. Некариозные поражения тканей зуба. - М. Медицина. 1985.- 113 с.
3. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология.- М., 1988.- 113 с.
4. Барер Г.М. и др. Терапевтическая стоматология.- часть II, М., 2009. -176 с.
5. Амираев У.А. Ортопедиялык стоматология. - Бишкек, 2010. - 129 с.

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ****Нурбаев А.Ж., Калбаев А.А., Чойбекова К.М., Бардинов К.А.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе обсуждаются подходы к разработке стратегии оказания стоматологической помощи населению Кыргызской Республики, интегрированной к разработке эффективной системы страхования, что будет способствовать увеличению доступности, расширению объема стоматологической помощи, особенно для населения сельских регионов.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, обращаемость, реформирование здравоохранения, стоматологическое здоровье.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ТЕЙЛӨӨРДҮН
АЗЫРКЫ УЧУРДАГЫ АБАЛЫ****Нурбаев А.Ж., Калбаев А.А., Чойбекова К.М., Бардинов К.А.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Төмөнкү эмгекте Кыргыз Республикасынын элине, өзгөчө айыл жергесинин жашоочуларына стоматологиялык жардам берүү, натыйжалуу камсыздандыруу системасына умтулуу, жеткиликтүүлүктү жогорулатуу, стоматологиялык жардамдын көлөмүн кеңейтүү стратегиясын иштеп чыгуу талкууланат.

Негизги сөздөр: стоматологиялык жардам, кайрылуу, саламаттык сактоону реформалоо, стоматологиялык саламаттык сактоо.

THE PRESENT STATE OF DENTAL SERVICES IN THE KYRGYZ REPUBLIC**Nurbaev A.J., Kalbaev A.A., Choybekova K.M., Bardinov K.A.**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Bishkek city, the Kyrgyz Republic

Resume. The paper discusses approaches of the strategy development for providing dental care to the population of the Kyrgyz Republic, integrated to develop an effective system of insurance that will help to increase accessibility, expand the scope of dental care, especially for people in rural regions.

Key words: dental care, appeal ability, health care reform, dental health.

Анализ динамики состояния стоматологической службы в Кыргызской Республике в последние годы свидетельствует о наличии тенденции к ее ухудшению, особенно, в сельской местности. Доступность стоматологической помощи для большинства категорий населения снижается. Это объясняется уменьшением государственного финансирования стоматологической службы (1,8% от ВВП). Условия рыночной экономики не всегда способствуют той или иной отрасли экономики или сферы услуг, к которым относится и стоматологическая помощь. В связи с этим, следует разрабатывать новые программы развития стоматологической службы и организации стоматологической помощи, финансируемые соответствующим образом и, обязательно, реализуемыми.

В настоящее время, государственные поликлиники оказались в затруднительном финансовом положении. В условиях жесткой конкуренции с частными стоматологическими структурами, эти учреждения вынуждены изыскивать дополнительные источники дохода, поскольку система обязательного медицинского страхования (ОМС) не покрывает всех затрат на оказание стоматологической помощи в рамках государственных гарантий. Поэтому поликлиники прибегают к организации платных услуг, за счет которых и частично покрывается бесплатная стоматологическая помощь. Выходом из создавшегося положения может являться разработка эффективной системы страхования (по образцу некоторых развитых стран). Это будет способствовать увеличению

доступности, расширению объема стоматологической помощи, особенно для населения отдаленных сельских регионов. Из выше сказанного понятно, что пока не изменятся экономические условия, которые диктуют необходимость поиска новых форм и методов работы стоматологической службы, эти вопросы в КР будут иметь большую актуальность.

Реформирование здравоохранения в нашей стране и переход к новым экономическим условиям не снизило, а наоборот, обострило проблему организации стоматологической помощи. Об этом свидетельствуют результаты социологических исследований и рост стоматологической заболеваемости. Стоматологическая помощь относится к наиболее массовым видам и составляет 20-25% в структуре общей заболеваемости.

Реформы, проводимые в Кыргызской Республике привели к изменениям в здравоохранении, связанные с развитием рыночных отношений. В соответствии с принятой концепцией развития здравоохранения в республике формируется рынок медицинских услуг: разрабатываются и реализуются программы государственных гарантий медицинского обслуживания населения; внедряются социальные стандарты по бюджетной обеспеченности расходов здравоохранения на одного жителя. Однако, следует признать, что размер данных нормативов предопределен сложившимся объемом финансирования со стороны государства. Так, удельный вес государственных расходов на здравоохранение в ВВП

КР составлял в 2011-2014гг. - 1,8%, при рекомендуемом ВОЗ - 5%.

В КР большое внимание уделяется на реорганизацию стоматологической службы, поиск рациональных возможностей существования государственных и альтернативных частных стоматологических организаций (ЧСО) их разновидностей и форм.

По данным Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ МЗ КР) в 2014 в республике функционируют 36 самостоятельных стоматологических поликлиник (бюджетных и хозрасчетных). В г. Бишкек - 5, г. Ош - 2, Ошской области - 7, Джалал-Абадской области - 6, Ыссык-Кульской области

- 7, Нарынской области - 1, Чуйской области - 4, Таласской области - 1, Баткенской области - 3, число организаций здравоохранения имеющих стоматологические отделения (кабинеты) - 50, а также субъекты негосударственной собственности - 439 (рис.1).

Государственные организации здравоохранения и субъекты негосударственной собственности, оказывающие стоматологические услуги, распределены по регионам республики неравномерно (таб.1).

В республике серьезно возрос частный стоматологический сектор. Он увеличивается в соответствии с платежеспособностью населения.

Самый большой удельный вес частных стоматологических клиник зарегистрирован в г.

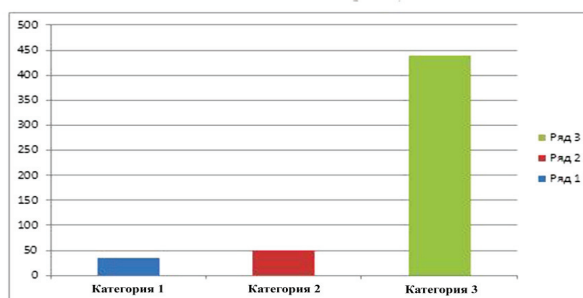


Рис. 1. Структура стоматологических услуг в Кыргызской Республике на 2014 г.

Категория 1 - стоматологические поликлиники (36)

Категория 2 - ГОЗ, имеющие стоматологические отделения, кабинеты (50)

Категория 3 - субъекты негосударственной собственности (439).

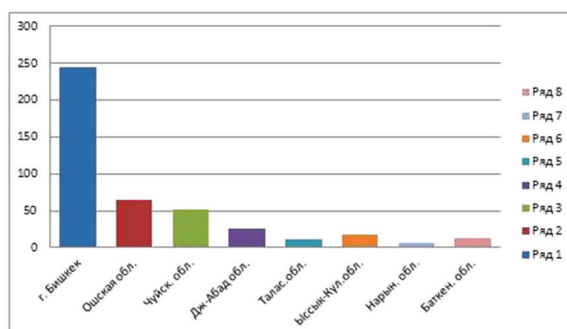


Рис.2. Субъекты хозяйствования частной собственности стоматологических услуг по регионам республики в 2014 г.

Таблица 1.

Структура государственных организаций и субъектов хозяйствования негосударственной собственности, оказывающих стоматологические услуги по республике (данные за 2014 г.)

Регионы	Государственные организации здравоохранения		Субъекты хозяйствования негосударственной собственности
	Стоматологические поликлиники	Число организаций здр. имеющих стом. кабинеты	
г. Бишкек	5	3	245
Ошская область	7		65
Джалал-Абад область	6	10	26
Ыссык-Кульская область	7	1	18
Нарынская область	1	6	7
Таласская область	1	4	11
Чуйская область	4	6	52
Баткенская область	3	9	13

Таблица 2.
Динамика обращаемости населения в государственные организации
за стоматологической помощью

Годы	Кыргызская Республика	
	Посещения (абс. число)	% к численности населения
2011	2013135	20.8
2012	2200701	21.3
2013	2204783	20.2
2014	2042083	21.9

Таблица 3.
Объем выполненных услуг

Годы	Запломбировано зубов	Число лиц, получивших зубные протезы – всего
2011	1071973	29106
2012	1125999	22852
2013	1039858	35991
2014	878158	36874

Бишкек, наименьший в Нарынской области. Учитывая рост количества стоматологов, работающих в негосударственных медицинских организациях, следует регламентировать отчетно-учетную документацию для частных стоматологических структур.

Потенциальную емкость рынка стоматологических услуг можно оценить числом посещений в год. Анализ динамики посещений стоматологов и зубных врачей в государственных организациях здравоохранения в год показан в таблице 2 с 2011 по 2014 гг.

За период с 2011 по 2014гг. число посещений населения государственных стоматологических организаций постепенно увеличивается, однако в стоматологии число посещений не может являться показателем, определяющим конечный результат. (таб.2.)

Показателем, характеризующим уровень стоматологического обслуживания населения является объем выполненных услуг, т.е. сумма всех изготовленных пломб, протезов и проведенных операций. (таб.3.)

За период с 2011 по 2014 гг. прослеживается тенденция к снижению объема запломбированных зубов.

Уменьшение объема выполненных услуг, оказанных в государственных организациях связано с ростом числа субъектов негосударственной собственности, оказывающих стоматологические услуги. По рекомендации ВОЗ оптимальным уровнем обращаемости за медицинской помощью в стоматологические организации является 50%.

Эффективность развития стоматологической службы во многом обусловлена обеспеченностью медицинскими кадрами (врачами-стоматологами). На сегодняшний период в КР этот показатель составляет 1,8 стоматологов на 10 000 населения. Также возрастает удельный вес зубных врачей выпускающихся средними учебными заведениями страны, но есть основание считать, что значительная часть зубных врачей, не работает по

специальности.

Анализ обеспеченности стоматологами в республике показал, что наблюдается нехватка их в Джалал-Абадской, Нарынской областях, особенно в сельской местности. Отсутствует специальный персонал штат гигиенистов для проведения первичной профилактики заболеваний зубочелюстной системы. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) оптимальным считается пропорция между стоматологами и средним медицинским персоналом 1:4.

В КР количество врачей-стоматологов всех специальностей работающих в государственных организациях здравоохранения (ГОЗ) составило - 603, работающих зубных врачей- 331, а зубных техников- 287. В некоторых регионах зубные врачи выполняют функции врачей-стоматологов, что недопустимо, так как среднее профессиональное образование не дает им право работать как врач, только в качестве ассистента врача. Это объясняется нехваткой стоматологов, которые не хотят ехать в отдаленные населенные пункты.

Количество, состав и квалификация персонала в стоматологических организациях влияет на качество проводимых работ. Высокотехнологичные методы изготовления протезов, новейшие материалы требуют профессионального образования. На поприще образования в республике работают 8 докторов наук, более 50 кандидатов медицинских наук. Подготовка и переподготовка медицинских стоматологических кадров проводится в Кыргызской государственной медицинской академии, Кыргызско – Российском Славянском Университете, Ошском Государственном Университете, Кыргызском Государственном Медицинском Институте Переподготовки и Повышения Квалификации, медицинских училищах республики. К 2014г. в КР имеют и подтвердили высшую категорию 144 врача-стоматолога,

первую - 80, вторую - 71.

Вопросы ценообразования в здравоохранении должны быть ориентированы на социальную значимость медицинской помощи с учетом ограниченного объема средств, которые государство может выделить основной части населения на оплату медицинского обслуживания. Вместе с тем, цены на медицинские услуги должны адекватно возмещать расходы медицинских организаций на их оказание. На сегодняшний день, по республике не утвержден прейскурант цен, нормы расхода материалов и затраты времени для изготовления протезов. Требуется единая нормативно-правовая база, которая должна утверждаться МЗ КР и антимонопольным комитетом КР.

Повышение профессионального уровня врачей стоматологов, средних медицинских работников - непереносимое условие реализации программы снижения стоматологической заболеваемости.

Выводы и предложения:

1. В организационной структуре произошли существенные изменения: появились организации разных форм собственности и видов хозяйствования, оказывающие стоматологические услуги. Задача отечественного здравоохранения - развить это многообразие, придать современные черты и пропорции для сложившейся обстановки.

2. Деятельность частного сектора предполагает не замену стоматологических услуг предоставляемых государственными организациями, а их альтернативное

предоставление, с созданием дополнительных рабочих мест и обеспечением налоговых поступлений в казну.

3. Развитие платных услуг в государственных организациях позволяет расширить источники финансирования, в свою очередь имеется необходимость совершенствования механизма платных стоматологических услуг.

4. Создание альтернативы стоматологическим структурам негосударственной формы собственности, способствует регулированию качества и стоимости оказываемых услуг, внедрению более рациональных и эффективных схем и технологий за счет включения конкурентных механизмов, что в конечном итоге приведет к повышению общего потенциала системы здравоохранения в сфере стоматологии.

Литература:

1. Калбаев А.А. Состояние и пути совершенствования дентальной имплантации в Кыргызской Республике / Автореф. дисс. ... д.м.н. - Бишкек, 2012. - 46с.
2. Нурбаев А.Ж. Ортопедическая стоматологическая лечебно-профилактическая помощь лицам пожилого и старческого возраста в Кыргызской Республике (клинико - эпидемиологические аспекты) / Бишкек, 2012. - 133 с
3. Чолокова Г.С. Клинико-эпидемиологическое обоснование национальной профилактики стоматологических заболеваний у детей и школьников в Кыргызской Республике / Автореф. дисс. ... д.м.н. - Бишкек, 2014. - 33 с.

СПОСОБ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ЭСТЕТИЧЕСКИХ
КАЧЕСТВ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗОВ

Садыков С.Б., Чойбекова К.М., Исаков Э.О.

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

Резюме. В статье обсуждаются методы непосредственного протезирования иммедиат-протезами, при котором соблюдается поэтапность ортопедического лечения, что соответствует определенной стадии заживления послеоперационной раны, результатом чего является функционально-эстетический оптимум.

Ключевые слова: иммедиат-протез, непосредственное протезирование, удаление зубов.

ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗДЕРДИН ДАРЫЛОО-ПРОФИЛАКТИКАЛЫК ЖАНА
ЭСТЕТИКАЛЫК САПАТТАРЫН ЫКМАСЫ

Садыков С.Б., Чойбекова К.М., Исаков Э.О.

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

Корутунду. Макалада иммедиат-протездөөнүн ыкмалары талкууланат, анда ортопедиялык дарылоонун кезектүүлүгү, операциядан кийинки жаранын айыгуу баскычтарына туура келуусу, жыйынтыгында өзүндөй отурусу менен бирге, жагымдуу көркөмүн да камсыздоо көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: иммедиат-протез, дароо протездөө, тиштерди жулуу.

A METHOD OF IMPROVING MEDICAL AND AESTHETIC QUALITIES
FOR IMMEDIATE DENTURES

Sadykov S.B., Choybekova K.M., Isakov E.O.

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

Resume. The article discusses methods of direct prosthetics immediate dentures, where the observed phased orthopedic treatment that meets a certain stage of the healing of surgical wounds, resulting in functional and aesthetic optimum.

Key words: immediate dentures, extractions.

В клинике ортопедической стоматологии в зависимости от сроков наложения протезов после операции удаления зубов (резекции челюстей) различают непосредственное, ближайшее и отдаленное протезирование.

Непосредственное (послеоперационное, пострезекционное) протезирование отличается тем, что изготовление протеза происходит до операции удаления, а его наложение - на операционном столе или в стоматологическом кресле после операции, но не позднее 24 часов. Этот вид протезирования еще именуют иммедиат-протезированием (от англ. слова immediate – непосредственный, немедленный, безотлагательный).

Ближайшее протезирование осуществляется в первые 2 недели, в период заживления операционной раны и ее эпителизации.

Отдаленное протезирование производят в более поздние сроки, через 1-2 месяца, после того как закончится формирование альвеолярной части, связанной с атрофией кости.

Таким образом, каждый вид протезирования соответствует определенному состоянию тканей протезного ложа после операции [3,5].

Непосредственное протезирование имеет большую историю и ему посвящены работы многих ученых [1,2,6,7].

В результате больших клинических и экспериментальных исследований сложились определенные теоретические основы клиники и технологии

непосредственного протезирования, позволяющие решать задачи этого раздела ортопедической стоматологии. Исследования в этом направлении продолжаются, поскольку отдельные вопросы до сих пор остаются дискуссионными. В клинической практике ортопедической стоматологии широко проводится ближайшее и отдаленное протезирование, а непосредственное иммедиат-протезирование - редко. Причиной этого, на наш взгляд, является недостаточное знание врачами роли и значения этого вида протезирования в поэтапности ортопедического лечения.

Да, в течение первых двух недель после операции заживляются раны, стихают послеоперационные явления, такие как отек, рассасывается инфильтрат, происходит эпителизация. Через 1,5-2 месяца послеоперационная рана заполняется мелкопетлистой губчатой костью, а через 3-4 месяца область бывшей лунки на месте удаленного зуба по своему строению не отличается от окружающей кости челюсти. В результате этого создаются благоприятные условия для протезирования. Но, с другой стороны, отдаленное протезирование имеет свои недостатки – достаточно большой разрыв во времени между операцией удаления зубов и изготовлением протеза. Известно, что отсутствие зубов вызывают нарушение эстетических норм, речи, функции откусывания и пережевывания пищи, функциональной перегрузки и недогрузки отдельных зубов, вторичной деформации зубных и альвеолярных дуг, потери фиксированной межальвеолярной высоты, изменения условий деятельности жевательных мышц

и ВНЧС. Для частичной потери зубов характерны очевидные признаки морфологических, функциональных, эстетических и психологических нарушений. Эти признаки коррелируются с возрастом пациента и давности потери зубов.

Задачи по реабилитации пациентов с дефектами зубных рядов и челюстей заключается в восстановлении внешнего вида, речи, жевания и глотания. Кроме того, важной задачей является сохранение оставшихся зубов, профилактика атрофии протезного ложа, дисфункции ВНЧС, жевательных мышц, психосоциальных состояний пациента.

Ортопедическое лечение больных должно быть этапным [2]. Этапность лечения заключается в проведении непосредственного, ближайшего и отдаленного протезирования. Таким образом, каждый вид протезирования соответствует определенному состоянию раны:

- а) при непосредственном – протез накладывают на раневую поверхность;
- б) при ближайшем – в период её заживления;
- в) при отдаленном – после формирования альвеолярного отростка.

На основании вышеизложенного можно утверждать, что непосредственное имediata-протезирование является первым этапом ортопедического лечения, которая заканчивается постоянным протезированием в отдаленные сроки. Заживление раны и формирование альвеолярного отростка осуществляется непосредственным воздействием базиса протеза, альвеолярный отросток благодаря этому принимает округлую форму, без острых краев. Кроме того, протез является лечебной повязкой, выполняя защитную, изолирующую и гемостатическую функцию [6].

Показания к применению непосредственных имediata-протезов достаточно широки:

1. Одномоментное множественное удаление зубов, как правило, проводится при заболеваниях тканей пародонта (пародонтит, пародонтоз). При этом, наряду с восстановлением внешнего вида, дикции, жевания пациента врач-ортопед преследует цель предотвратить функциональную перегрузку (травматическую окклюзию) пародонта оставшихся зубов, дисфункцию ВНЧС и жевательных мышц, а также зашинировать их в единый блок. В этом случае их называют имediata-протезами-шинами, т.е. они выполняют смешанную функцию – замещают дефекты в зубном ряду и шинируют оставшиеся зубы.

2. Удаление передних зубов, особенно у преподавателей, лекторов, актеров, дикторов и других лиц, чья профессиональная деятельность связана с выступлением перед аудиторией.

3. Удаление зубов у детей, у которых в результате этого могут возникнуть деформации альвеолярных и зубных дуг.

4. Образование концевых (односторонних, особенно двусторонних) дефектов зубного ряда при глубоком прикусе или заболеваниях ВНЧС.

5. Удаление последней пары зубов-антагонистов, которые приводят к потере фиксированной окклюзионной высоты, что осложняет функционирование ВНЧС и

жевательных мышц.

6. После резекции альвеолярных частей, тел челюстей при новообразованиях, а также после реконструктивных операций в челюстно-лицевой области.

На основании обобщения клинического опыта многих ученых стоматологов сложились следующие рациональные методы непосредственного имediata-протезирования и шинирования:

1. Метод Б.М. Бынина, Е.И. Гаврилова, Г.П. Соснина, А.А. Котляр;
2. Метод И.М. Оксмана, З.Я. Шур, М.Н. Шитовой;
3. Метод Н. Seeling;
4. Метод Г.Л. Саввиди.

Все эти методы непосредственного протезирования изложены в специальной литературе и применяются в клинической практике с большим или меньшим успехом. Каждый метод имеет свои преимущества и отдельные недостатки. Например, наиболее точно подобрать соответствующие искусственные зубы по величине, форме, особенно по цвету и оттенку из готового гарнитура не всегда возможно, тем более индивидуально смоделировать из пластмассы «Синма».

В клинику ортопедической стоматологии нередко обращаются пациенты предъявляющие повышенное требование к эстетичности протезирования в области фронтальных групп зубов. Необходимость наиболее точного повторения индивидуального положения, величины, формы и цветовой гаммы передней группы зубов, подлежащих их удалению, диктуется культурой и профессией пациента - преподавательской, врачебной, ораторской, сценической деятельности.

Для решения данной задачи С. Б. Садыков в 1987 году предложил оригинальный метод имediata-протезирования и шинирования зубов [4]. Сущность рекомендуемого метода заключается в том, что в имediata-протезе используются собственные, естественные удаленные зубы самого пациента вместо искусственных. Имediata-протез накладывается на следующий день после удаления зубов, т.е. в течение 24 часов.

1 клинический этап: получение рабочего и вспомогательного оттисков с верхней и нижней челюстей альгинатной массой. Удаление зубов с последующим их погружением в стеклянный сосуд с 10% раствором формалина. В последние годы для предупреждения атрофии альвеолярных отростков, ускорения их регенерации после удаления зубов и адаптации к имediata-протезам применяется предварительная коллагенопластика лунок с остеоиндуктивными материалами. Эти мероприятия позволяют врачу ортопеду нормализовать и стимулировать процессы заживления мягких тканей и кости, предупредить развитие инфекционных и токсико-аллергических осложнений, способствует к ранней адаптации тканей протезного ложа к жевательной нагрузке.

1 лабораторный этап: отливка гипсовых моделей по оттискам. Модели челюстей загипсовывают в артикулятор (окклюдатор) в положении центральной окклюзии производят специальную подготовку их. Подлежащие к удалению гипсовые зубы срезают на 1-1,5 мм выше уровня альвеолярного отростка. Далее изготавливают восковой базис протеза с проволочными

удерживающими и шинирующими кламмерами (по показаниям). Затем берут предварительно очищенные и обработанные в специальном растворе удаленные зубы пациента, срезают их на уровне шеек под углом 45° . Затем бором расширяют канал корня и высверливают сквозное отверстие с боковых поверхностей зуба так, чтобы они соединились с каналом и полостью зуба. Это обеспечивает лучшую механическую фиксацию естественного зуба с базисной пластмассой. Далее зубы устанавливают на восковой базис по своим местам под контролем прикуса, приливают жидким воском и проводят окончательную моделировку базиса. Затем гипсовую модель с восковым базисом и естественными зубами гипсуют в кювету обратным способом. Заменяют воск на базисную пластмассу, полимеризуют, обрабатывают, шлифуют, полируют обычным способом. В качестве альтернативного базисного материала можно использовать литьевой термопласт-нейлон.

2 клинический этап: припасовка, наложение протеза. Для эпителизации и заживления раны, рекомендуется наносить на внутреннюю поверхность базиса имедиат-протеза адгезивную коллагеновую гелевую пленку-повязку с антисептиками «Повиаргол» (Россия) или ее зарубежные аналоги, которые на рану оказывают антимикробное, противовоспалительное и абсорбирующее действие. По истечении недели на базис протеза наносится новый слой препарата. Рекомендуется ежедневный контроль за динамикой адаптации в течение одной недели.

Выводы и рекомендации:

1. Непосредственное имедиат-протезирование и шинирование зубов является первым этапом ортопедического лечения, которое заканчивается постоянным протезированием в отдаленные сроки. Его не следует противопоставлять отдаленному, так как каждое из них выполняет свою роль в плане этапности лечения и соответствует определенной стадии заживления послеоперационной раны.

2. При любом виде протезирования, включая непосредственное, решаются лечебные и профилактические задачи. Зубные протезы следует

рассматривать как лечебное средство, восстанавливающее нарушенную функцию жевания, глотания, речи, внешнего вида человека и предупреждающее функциональную перегрузку пародонта сохранившихся зубов, вторичной деформации зубных рядов, дисфункции жевательных мышц и ВНЧС, развитие заболеваний ЖКТ, социально-психологических нарушений в сфере общения больного с окружающими.

3. От того, насколько правильно составлен и выполнен план ортопедического (комплексного) лечения, зависит успех решения перечисленных задач. При неправильно составленном или плохо выполненном плане ортопедического лечения протез из лечебного аппарата может превратиться в аппарат, разрушающий зубные ряды.

4. Полученные высокие положительные функционально-эстетические результаты имедиат-протезирования и шинирования, а также достаточный клинический опыт ортопедического лечения пациентов по методу Садыкова С.Б. позволяет рекомендовать его в практическую стоматологию в качестве альтернативного.

Литература:

1. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.А., Бычков В.М., А. Аль-Хаким / Ортопедическая стоматология // Учебник. - М., 2008.
2. Гаврилов Е.И. Теория и клиника протезирования частичными съемными протезами. - М., «Медицина», 1973.
3. Кобзев С.А. Непосредственное протезирование полости рта после множественного удаления зубов // Автореф. дис. ... к.м.н. Санкт-Петербург, 2000. - 16 с.
4. Садыков С.Б. Способ изготовления шинирующих имедиат-протезов при заболеваниях тканей пародонта // Удостоверение на рац. предложение № 428 выданное в 1987 году. - КГМИ.
5. Садыков С.Б. Об использовании естественных зубов больного в шинирующих имедиат-протезах при заболеваниях тканей пародонта // «Здравоохранение Киргизии». - Бишкек. - 1987. - № 6. - С.47-48.
6. Трезубов В.Н., Щербаков А.С., Мишнев Л.М. Ортопедическая стоматология // Учебник. - Санкт-Петербург, 2003.
7. H. Seeling. Probleme der immediatprothese. Wissenschaftliche Zeitschrift der Humboldt Universität zu Berlin. - 1965. - № 3. - P. 539-543.

ВРЕМЕННОЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ, ЧАСТЬ 2)

Тынчеров Р.Р.

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

Кроме планирования окончательного, постоянного протезирования больных с полной и частичной адентией необходимо также решить вопрос о том, что будет делать и как будет жить пациент в течение 2- 3 месяцев, а иногда и большего периода времени, пока идет процесс репаративной регенерации кости вокруг установленных имплантатов. Многие пациенты не могут и не хотят находиться все это время в социальной изоляции из-за отсутствия зубов, нарушения речи и внешнего вида, поэтому при планировании лечения, если того желает пациент, следует предусмотреть временное протезирование, которое позволило бы восстановить функцию речи и правильные пропорции лица, а также хотя бы частично функцию жевания [3].

Особенности временного протезирования в зависимости от вида адентии:

а) временное протезирование при полной адентии.

В качестве временного протезирования достаточно часто практикуется изготовление полных съемных протезов. Однако этот способ не может считаться оптимальным решением, так как у значительной части больных отсутствуют условия для анатомической ретенции съемных протезов, и пользоваться ими они не смогут даже в течение незначительного периода времени. Известно, что съемные протезы оказывают негативное воздействие на ткани протезного ложа и могут спровоцировать процесс резорбции костной ткани альвеолярного отростка, что в свою очередь может привести к нарушению естественного хода репаративной регенерации кости в области установленных имплантатов. Изменяющиеся после имплантации рельеф альвеолярного отростка и топография преддверия полости рта не позволяют обеспечить сколько-нибудь приемлемую фиксацию съемных протезов, изготовленных перед имплантацией. В лучшем случае требуется многократная перебазировка съемных протезов в течение 1- 2 месяцев. после операции, а иногда приходится полностью переделывать съемные протезы с учетом новых анатомо-топографических условий в зоне протезного ложа [2,6,7].

Далеко не все пациенты успевают воспользоваться съемными протезами. Начать пользоваться ими можно только через 2 нед. После имплантации (как минимум, через неделю после снятия швов). Период адаптации может составлять от 1 2-х недель до нескольких месяцев. Таким образом, при самой быстрой адаптации пациент имеет шанс пользоваться съемным протезом в среднем 1-1,5 месяцев, т.е. половину времени, которое отводится на период от первого до второго этапов операции. Естественно, что после установки формирователей десневой манжетки или головок имплантатов на втором этапе операции пациент опять не сможет пользоваться съемным протезом [4,5,8].

В последнее время для решения проблемы временного протезирования при полной адентии все чаще применяется установка дополнительных имплантатов, которые служат опорой временных несъемных зубных протезов. Для этой цели обычно используются одноэтапные винтовые имплантаты диаметром от 1.8 до 2.8 мм. Их устанавливают рядом с внутри- костными элементами двухэтапных имплантатов. Затем, через 2-3 дня после снятия швов, приступают к протезированию. Обычно изготавливают армированные металлической балкой металлоакриловые протезы. Как правило, одноэтапные имплантаты для временного протезирования подлежат удалению во время второго этапа операции, проводимого в области двухэтапных имплантатов [16].

Однако, если удалось установить одноэтапные имплантаты бикортикально и окружающая их кость способна выдерживать непосредственную нагрузку на имплантаты за счет преимущественно контактного остеогенеза, эти имплантаты могут применяться для дальнейшего постоянного протезирования [1].

Существует еще один способ временного протезирования технология внутриротовой сварки. Она подразумевает использование специального сварочного аппарата, изобретенного известным итальянским специалистом, президентом Итальянской академии стоматологической имплантологии А. Hruska. Данное устройство позволяет приваривать к головкам одно- или двух двухэтапных имплантатов титановую проволоку. Таким образом, можно шинировать установленные имплантаты непосредственно во время операции и сразу снять отпечатки для изготовления временных акриловых протезов [9].

Изготовление таких пластмассовых протезов требует всего 1-1,5 ч работы зубного техника, благодаря чему пациент выходит из операционной с временными несъемными зубными протезами. Согласно рекомендациям специалистов, имеющих опыт применения внутриротовой сварки, временные пластмассовые протезы должны фиксироваться на 3-4 мес, затем эти протезы удаляют, после чего изготавливают постоянные протезы с использованием шинирующей имплантаты проволоки, либо распиливают приваренную к головкам проволоку, выкручивают их (если применялись разборные конструкции имплантатов), устанавливают новые головки и производят постоянное протезирование [18].

При полной вторичной адентии возможно изготовление как съемной, так и несъемной конструкции протезов. В этой связи врач-стоматолог, по мнению автора, должен располагать знаниями о целесообразности установки минимального количества имплантатов. Несъемное протезирование предполагает установку на верхней челюсти — 8 имплантатов, на нижней челюсти —

6 имплантатов. При съемном протезировании на балке в случае установки жесткого протеза: на верхней челюсти — 6-8, на нижней челюсти — 4 и более имплантата. При установке упругого протеза: на верхней челюсти — 4, на нижней челюсти — 2 и более имплантата. Временный съемный протез при полной вторичной адентии и одноэтапном протоколе имплантации изготавливается до операции, причем протез не должен балансировать и касаться имплантатов [10].

Вид временного протеза зависит от общего плана лечения, требований пациента и типа предполагаемой окончательной ортопедической конструкции. При полной адентии в исходном протезе пациента изнутри продельывают отверстия в проекции имплантатов, которые заполняют мягким прокладочным материалом. В промежутках, между постоянными можно установить временные имплантаты, к которым фиксируют новый временный протез или перебазированный имеющийся протез пациента [11].

Возможно другое решение задачи временного протезирования: между постоянными имплантатами вводятся одноэтапные тонкие (диаметр 1,8-2,8 мм) имплантаты для временного использования, на которые фиксируется временный несъемный пластмассовый протез. Предложена также внутриротовая сварка имплантатов с титановой проволокой, на которой удерживается временный несъемный пластмассовый протез [12].

б) временное протезирование при частичной адентии.

Применение частичных съемных временных протезов при частичной адентии менее распространено, потому что эти протезы громоздкие, мешают речи, могут привести к воспалению мягких тканей [13].

В тех случаях, когда требования к эстетике или фонетике особенно высоки, или в связи с контуром слизистой оболочки можно использовать временные протезы. Клинически для этого необходимо добавить или убрать лишний материал для обеспечения оптимального контура; это поможет в создании оптимальной формы протеза перед изготовлением окончательного варианта. Такие временные протезы часто изготавливают с использованием полимерных компонентов, некоторые из которых можно помещать прямо на головку имплантата. Рекомендуется применять винтовую фиксацию, так как это позволяет проводить неоднократные установки и снятия, что облегчает внесение изменений. Это особенно ценно в случаях, когда желательно постепенное модифицирование контуров прилежащих мягких тканей. Если протез выполнен из акриловой пластмассы, то часто бывает необходимо укреплять его армирующими элементами [15].

Изготовление временных ортопедических конструкций при частичных дефектах зубных рядов возможно с опорой на временные абатменты (пластиковые и титановые, конические, например, «Quick Temp»), постоянные абатменты (эстетические, например, «Prosega», абатмент с колпачком с литым винтом. Фиксация абатмента проводится ортопедическим динамометрическим ключом с усилием — 35 Н/см², или меньшим чем то, которое приложил хирург во время операции [10].

При частичной адентии для защиты имплантата от

нагрузки можно изготовить временный съемный протез, полый изнутри в проекции имплантата. Также может быть изготовлен мостовидный протез типа «Мэриленд». В областях, не имеющих эстетического значения, установка временных конструкций необязательна [11].

В своей практике врачи-стоматологи довольно часто сталкиваются с проблемой отсутствия выбора разработанных методов временного протезирования, с помощью которых была бы достигнута приемлемая эстетика зубного ряда после удаления зубов, двухэтапной имплантации, до фиксации постоянного протеза. Как ни парадоксально, но до настоящего времени это является весомым (иногда единственным) препятствием, как для врача, так и для пациента относительно принятия решения о проведении дентальной имплантации, особенно в переднем отделе верхней и нижней челюстей, когда эстетика играет ведущую роль. И, наоборот, мотивация пациента к имплантологическому лечению во многих случаях формируется благодаря осознанию им возможности послеоперационной реабилитации на всех этапах лечения.

Литература:

1. Мишнев, Л.М. *Энциклопедия ортопедической стоматологии [Текст] / Л.М. Мишнев, В.Н. Трезубов, О.Н. Сапронова.* - М.: Фолиант, 2007. - 664 с.
2. Наумович, С. А., Пискур, В. В., Мойсюк, К. В. *Совершенствование методики обследования пациентов с полным отсутствием зубов при повторном протезировании // Современная стоматология.* — 2006. — № 4. — С. 66—69.
3. Нестеров, А.М. *Оптимизация ортопедического лечения больных с одиночно стоящими зубами на челюстях [Текст] : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / А.М. Нестеров* — Москва, 2010. - 131 с.
4. Никольский, В.Ю. *Внутрикостная дентальная имплантация: учебное пособие [Текст] / В.Ю. Никольский.* - Самара: Самар. ГМУ, 2004. - 40 с.
5. Параскевич В.Л. *Разработка системы дентальных имплантатов для реабилитации больных с полным отсутствием зубов [Текст]: автореф. дис. д-ра мед. наук : 14.00.21 / В.Л. Параскевич.* - М., 2008.
6. Параскевич В.Л. *Современные проблемы реабилитации больных полной адентией. Часть I: Сравнительный анализ методов лечения // Проблемы стоматологии и нейростоматологии.* - 1999. - №3. - С. - 42-46.
7. Параскевич В.Л., Максименко Л.Л. *Одноэтапные винтовые имплантаты. Преимущества и недостатки // Новое в стоматологии.* - 2000. - №8. - С. 38-45.
8. Параскевич, В.Л. *Дентальная имплантология: Основы теории и практики [Текст] / В.Л. Параскевич* - 2-е изд. М: МИА, 2006. - 400 с.
9. Параскевич, В.Л. *Дентальная имплантология: Основы теории и практики: Науч.-практ. Пособие [Текст] / В.Л. Параскевич* - Мн.: ООО «Юнипресс», 2002. - 368 с.: ил.
10. Параскевич, В.Л. *Основные направления реконструктивной хирургии полости рта при полной адентии [Текст] / В.Л. Параскевич // Актуальные вопросы стоматологической имплантации: Материалы I*

международной конференции. - Минск, 1996. - С. 6-21.

11. Перевезенцева А.А., Апресян С.В. Определение прочностных характеристик временных несъемных зубных протезов при циклическом нагружении // Труды XXXII итоговой конференции молодых ученых [секция ортопедической стоматологии, посвященная памяти профессоров В.Н.Копейкина и А.И.Дойникова] -М., 2010. -С. 316-317.

12. Подвижность дентальных имплантатов: определение коэффициентов продольной жесткости и продольной стабильности/ [Ерошин В.А., Джалалова М.В., Бойко А.В. и др.]. -М.: Изд. Инст. механики МГУ, отчет №5030. -2009. -46 с.

13. Пономарев А.А., Уханов И.М., Боровой С.И. Усовершенствованный дизайн операционного шаблона // Новое в стоматологии. - 2004. - № 5. -С. 28 - 33.

14. Русакулов С.В., Ульянова Е.Г. Стоматологическая реабилитация пациента при помощи несъемных ортопедических конструкций, изготовленных на основе диоксида циркония с опорой на имплантатах и на естественных зубах // Институт стоматологии. - 2009. - Т. 4. - № 45. - С. 26-29.

15. Рыжова, И.П. Комплексная реабилитация пациентов с частичным отсутствием зубов, направленная на профилактику прогрессирующей атрофии тканей

протезного ложа [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.21 / И.П. Рыжова. - Моск., 2008. - 46 с.

16. Ряховский А.Н., Воронков В.В. Краевое прилегание как критерий качества протезирования несъемными протезами. // Медбизнес. — 2001. -С. 37-38.

17. Садыков М.И. Оптимизация ортопедического лечения больных с полной потерей зубов / /Институт Стоматологии. - 2006. -№2. -С. 44.

18. Семенюк, В.М. Стоматология ортопедическая в вопросах и ответах / В.М. Семенюк, В.Д. Вагнер, П.А. Онгоев. М.: Медицинская книга, 2000. -175 с.

19. Степанов, Е.С. Сравнительная характеристика современных материалов для временных несъемных конструкций зубных протезов [Текст] : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Е.С. Степанов – Красноярск, 2009. - 115 с.

20. Суров, О.Н. Зубное протезирование на имплантатах [Текст] / О.Н. Суров – М.: Медицина, 1993. – 205 с.

21. Теплов, Е.В. Профилактика и лечение воспалительных реакций в пульпе зуба после одонтопрепарирования с помощью нового материала для фиксации временных конструкций несъемных зубных протезов [Текст] : дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Е.В. Теплов –Воронеж, 2005. - 124 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КОНУСНОСТИ ПРЕПАРИРОВАННЫХ ЗУБОВ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИЕ КОРОНКИ

Исаков Э.О.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика**Резюме.** В статье проанализировано качество препарирования зубов при изготовлении металлокерамических коронок.**Ключевые слова:** конусность, препарирование зубов, металлокерамические коронки.

МЕТАЛЛОКЕРАМИКАЛЫК ТИШ КАПТООДО ӨГӨЛГӨН ТИШТЕРДИН КОНУСТУУЛУГУНУН САЛЫШТЫРМАЛУУ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Исаков Э.О.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы**Корутунду.** Статьяда металлокерамикалык тиш каптоо тиштерди өгөлөөлөрдүн сапатына анализ берилген.**Негизги сөздөр:** конустуулук, тиштерди өгөлөө, металлокерамикалык тиш каптоо.

COMPARABLE CHARACTERISTIC OF TAPER OF PREPARATIONED TEETH UNDER THE METAL-CERAMIC CROWNS

Isakov E.O.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek c., the Kyrgyz Republic**Resume:** The analysis of quality of teeth preparation was carried out at manufacturing of metal-ceramic crowns.**Key words:** taper, preparation of teeth, metal-ceramic crowns.

Для обеспечения высокого качества реставрации разрушенных коронок зубов и замещения дефектов зубных рядов несъемными ортопедическими конструкциями протезов, препарирование твердых тканей зубов имеет определяющее значение. Именно 1-й клинический этап, препарирование твердых тканей зуба, может более точно продемонстрировать мануальные навыки и знания стоматолога [3,9]. Жизнеспособность пульпы, здоровое состояние тканей пародонта, эстетический эффект и прочность реставрации зависят от препарирования. В связи с широким внедрением в стоматологическую практику современных высокоэстетичных конструкций значение правильного препарирования возросло. При препарировании зубов под металлокерамические конструкции должны соблюдаться определенные правила [4], в том числе максимальное сохранение твердых тканей зубов и обеспечение оптимальных условий для фиксации и устойчивости конструкции при воздействии жевательной нагрузки. Правильная форма зуба, после препарирования является залогом длительной, устойчивой фиксации искусственных коронок [5,6].

По завершении препарирования культи зуба должна иметь коническую форму с определенным углом конвергенции стенок по отношению к оси зуба – по данным разных авторов от 4 до 12° [1,2,7].

Одонтопрепарирование под металлокерамические конструкции проводится со значительным сошлифовыванием твердых тканей зубов, что нередко приводит к развитию патологических изменений в пульпе. Одним, из которых является повышенная чувствительность зуба к различным раздражителям, вплоть до повреждения сосудисто – нервного пучка зуба и некроза пульпы. В этой связи, многие стоматологи отправляет пациента на депульпирование. Депульпированные зубы легче

препарировать, так как отсутствует болевая реакция, что может привести к излишнему малоконтролируемому сошлифовыванию твердых тканей [6,8]. Чрезмерное сошлифовывание твердых тканей зубов вызывает различные осложнения, связанные уменьшением культы опорных зубов. Это расцементировка искусственных коронок и поломка культы опорных зубов [3,6].

Именно на долю расцементровки искусственных коронок приходится 26,4% всех причин замены металлокерамических конструкций, что весьма существенно [5;8]. Возможно, одна из причин расцементровки искусственных коронок связана с нерациональным препарированием зубов, в частности с созданием чрезмерной конусности. Некоторые зарубежные авторы [9], предлагают различные значения конусности стенок препарированных зубов. Однако средние данные не дают полного представления о качестве препарирования зубов.

В результате экспериментальных функциональных и клинических исследований [1,2,4] установлено, что степень конвергенции боковых стенок зубов должна быть в пределах от 3° до 12° и зависит от высоты, ширины опор, их количества, протяженности конструкции. Вышеизложенное свидетельствует о возможности и необходимости использования витальных зубов под опоры при изготовлении металлокерамических протезов.

В задачу исследований входило измерение углов конвергенции стенок препарированных зубов в вестибулооральной и медиодистальной проекциях и сравнительный анализ полученных данных.

Материал и методы.

Исследования проводили в трех стоматологических клиниках Бишкека. Для этого использовали 57 гипсовых моделей. Были выбраны 60 моляров и

премоляров, отпрепарированных для изготовления одиночных металлокерамических коронок. Гипсовые культы со штифтами извлекали из разборной модели и фотографировали в вестибулярной и медиодистальной проекциях фотоаппаратом фирмы «Sony» DSC – H7 с расстояния 40 см перпендикулярно продольной оси зуба. Угол конвергенции определяли на фотографиях с помощью угломера.

Результаты и обсуждение.

Конусность препарированных зубов в вестибулярной проекции в пределах 5° - 10° отмечалась в 15% случаев (9 зубов). У пятнадцати препарированных зубов имела конусность от 12° - до 20° , что составляет 25%. Наибольшее количество препарированных зубов - 50% (30 зубов) имели конусность от 21° - до 30° . Эта величина превышает рекомендованные значения конусности препарирования зубов под металлокерамические коронки в среднем 2-3 раза. Конусность 31° - 35° наблюдалась в 6,67% случаев (4 препарированных зуба), 36° - 40° в 3,7% случаев (2 зуба). Следует отметить, что препарирование

зубов в вестибулооральной проекции с необходимой 100° - до 10° производилось только в 15% случаев (9 зубов), что указывает на невысокое качество однтотепарирования (Рис. 1)

При анализе углов конвергенции в медиодистальной проекции (рис. 2) выявлено лучшее качество препарирования, чем вестибулооральной проекции. 11 зубов из общего количества обследованных препарированных соответствовали установленным требованиям. Угол конвергенции у них составлял $5-10^{\circ}$, что соответствует 18,7%. Угол конвергенции $12-20^{\circ}$ отмечался в 41,2% случаев (25 зубов), что почти в 1,7 раз больше аналогичного показателя вестибулооральной проекции. Несколько меньше – на 33,4% (20 зубов) было препарировано зубов с конусностью $21-30^{\circ}$. Таким образом, зубов с конусностью $21-30^{\circ}$ было на 1,5 раза меньше, чем в аналогичной группе при препарировании зубов вестибулооральной проекции. Частота препарирования зубов с конусностью $31-35^{\circ}$ составила 5% (3 зуба). Один зуб был препарирован с конусностью $36-40^{\circ}$, что составил

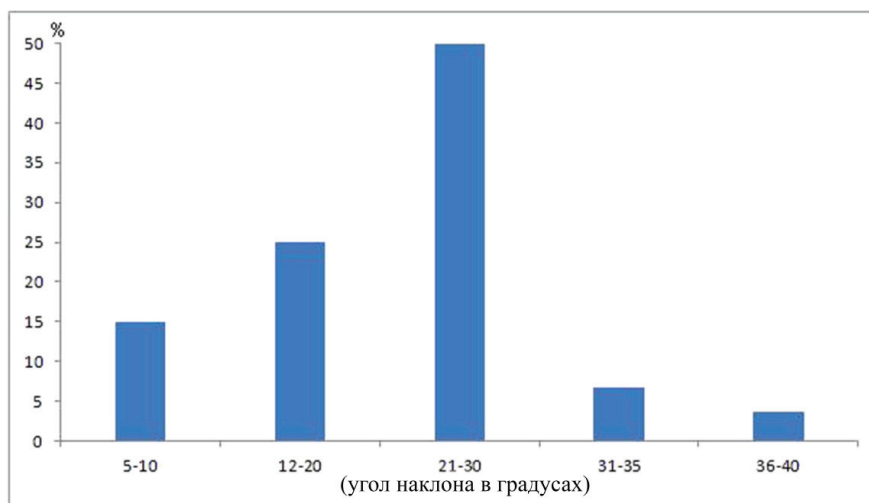


Рис. 1. Величина конусности препарированных зубов в вестибулооральной проекции.

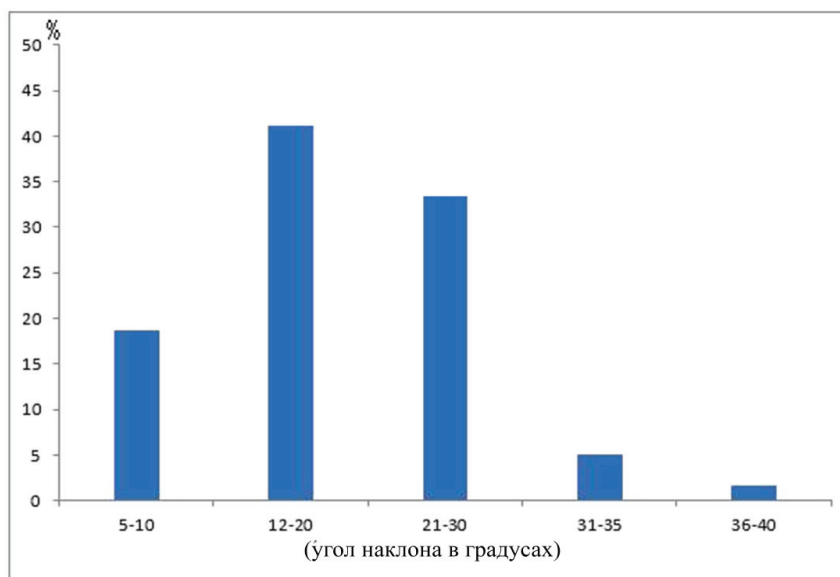


Рис. 2. Величина конусности препарированных зубов медиодистальной проекции

1,6% от общего количества. Эти значения конусности превышают общепринятые почти в 10 раз.

По величине угла конвергенции боковых стенок при препарировании под металлокерамические коронки, зубы условно можно разделить на 3 группы. Первую группу составляют зубы с конусностью до 20°: 40% от общего количества зубов в вестибулооральной проекции и 59,9% - в медиодистальной. Эта группа характеризуется относительно качественным препарированием зубов. Чрезмерную конусность можно объяснить стремлением врача к более легкой и быстрой припасовке искусственных коронок в полости рта. Ясно одно, при большой конусности культы зубов погрешности, допущенные на различных этапах изготовления искусственных коронок, меньше будут влиять на время, затраченное специалистом при их припасовке в клинике. Препарированные зубы с конусностью до 10°, входящие в 1 – группу, отличаются качественным препарированием зубов, обеспечивающим изготовление качественных металлокерамических коронок.

По мнению Г. Шиллинбурга [9], конусность от 16° до 24° обеспечивает достаточную ретенцию. Во вторую группу вошло большое количество зубов, величина конусности боковых их стенок от 21° до 35° - переходная между относительно качественным препарированием зубов и некачественным. В этой группе препарированных зубов от общего количества в вестибулооральной проекции – 56,67 % и 37,7% - в медиодистальной. В таких случаях объяснить чрезмерную конусность можно не достаточным опытом врача, сложностью препарирования в дистальных отделах зубного ряда, т.е. трудностью визуального определения степени препарирования. Во многих случаях, депульпированные зубы препарируют более радикально. Все это влияет на качество препарирования зубов. Качество фиксации металлокерамических коронок на культы зубов с данной конусностью во многом зависит от дополнительных факторов, таких как время замешивания цемента, температура и влажность во время замешивания, количество зубов, вид прикуса, характер движений нижней челюсти, физико-химические свойства употреблений пищи и др.

В третью группу, где конусность составляет 35° и выше, вошли 9,74% зубов в вестибулооральной проекции и 6% медиодистальной. Данная группа характеризуется не качественным препарированием. Такую конвергенцию боковых стенок культей зубов можно рассматривать как недопустимую. Качество фиксации, обеспечить не представляется возможным. В таких случаях компенсировать чрезмерную конусность другими средствами, например хорошим цементом, невозможно.

Следующим этапом было сопоставление углов конусности в вестибулооральной и медиодистальной проекциях у каждого препарированного зуба. Конусность 5° - 10° в вестибулооральной проекции была у 9 зубов, а в медиодистальной проекции у 11 зубов, соответственно 15% - 18%. При исследовании препарированных зубов конусностью 12° - 20° соотношение в вестибулооральном и медиодистальном проекциях было таково: 15 – 25 зубов и 25% - 41,2%. Наибольшее количество препарированных зубов имели конусность 21° - 30° в вестибулооральной

проекции – 30 зубов и 50% от общего количества, а при медиодистальной проекции количество зубов было 20 и 41,2%. Конусность от 31° до 40° в вестибулооральной проекции была у 6 зубов и 10% случаев от общего количества, а в медиодистальной проекции соответственно 4 зуба и 6%.

Полученные данные свидетельствуют, что угол конвергенции препарированных зубов в вестибулооральной проекции больше чем в медиодистальной проекции, что связано с желанием специалиста иметь больше места для облицовки с запасом. Если места недостаточно, искусственная коронка не будет отвечать требованиям эстетики. Поэтому во многих случаях шлифуют с вестибулярной поверхности больше, чем следует.

Таким образом, во многих случаях наблюдалось чрезмерное препарирование зубов – как увеличенная конусность, так и неравномерность препарирования поверхностей зуба. Если учесть тот факт, что правильная форма зуба после препарирования является залогом длительной фиксации искусственных коронок, то становится ясно, что проблема качественного препарирования зубов актуальна.

Литература:

1. Абакаров С.И., Логинова Н.К., Сорокин Д.В. Гемодинамика в пульпе зубов, препарированных для изготовления металлокерамических протезов при различной степени конвергенции боковых стенок. // *Стоматология* 2001. – 43-45с.
2. Абакаров С.И., Сорокин Д.В., Гинзбург Д.Г. Степень конвергенции боковых стенок зубов препарированных для цельнолитых несъемных протезов. // *Сборник научных работ, посвященных 80-летию поликлиники №3 ЛДО МЗ РФ – М. – 1999. – 266с.*
3. Большаков Г.В. Клинико-физиологические основы профилактики осложнений при одонтопрепарировании. // *Методические рекомендации. Московский медико-стоматологический институт им. Н.А. Семашко – М. – 1989 – 18с.*
4. Broderson S.P. Варианты препарирования зубов под полные и частичные восстановления (коронки, накладки) из литевой керамики, фиксируемой адгезивом. // *Квинтэссенция. – 1995. – 16-22с.*
5. Ермак Е.Ю. Совершенствование принципов одонтопрепарирования и оптимизации окклюзионных взаимоотношений // *Автореф. дисс. докт. мед. наук – М. – 2012; - 140-142с.*
6. Копейкин В.Н., Миргазизов М.З., Малый А.Ю. Ошибки в ортопедической стоматологии. Профессиональные и медико-правовые аспекты. 2-ое изд. перераб. и доп. – М. Медицина – 2002 – 40с.
7. Спицына Н.П. Сравнительная оценка методов одонтопрепарирования при ортопедическом лечении. // *Дисс. канд. мед. наук – М. – 1996 – 110-111с.*
8. Шарагин Н.В., Морозов К.А. Оценка величины конусности зубов при изготовлении металлокерамических коронок. // *Стоматология – 2012 – 59-60с.*
9. Шиллинбург Г., Хобо С. Основы несъемного протезирования. // *Квинтэссенция. – 2008 – 563с.*

МЕТОДИКА ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ ПОД МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКУЮ
КОРОНКУ

Исаков Э.О.

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

Резюме. В статье освещены современные представления о препарировании зубов. Представлена теоретическая основа и практические навыки препарирования зубов с применением двухплоскостной методики.

Ключевые слова: двухплоскостное препарирование, ориентационные бороздки.

ТИШТЕРДИ МЕТАЛЛОКЕРАМИКАЛЫК КАПТООҮЧҮН ӨГӨӨНҮН ЫКМАСЫ
Исаков Э.О.И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада тиштерди өгөөнүн учурга ылайыктуу методикасы чагылдырылган. Эки тегиздиктүү өгөө ыкмасынын теориялык негиздери жана практикалык тажрыйбалары көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: эки тегиздиктүү өгөө, ориентациялык ноочолор.

THE METHOD PREPARATION TEETH UNDER CERAMIC-METAL CROWNS
Isakov E.O.Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek c., the Kyrgyz Republic

Resume. This article describes the modern ideas about preparation teeth. There is presents the theoretical base and practical habits of preparation teeth with using a biplanar method.

Key words: biplanar preparation, orientational fissures.

Актуальность.

Успех ортопедического лечения во многом зависит от качества препарирования зубов. Одонтопрепарирование под металлокерамические протезы проводится со значительным шлифованием твердых тканей зубов. Необходимость контроля глубины препарирования имеет большое значение. При чрезмерном шлифовании твердых тканей появляется опасность возникновения травматического пульпита, ослабления и перелома культи зуба. Даже если опорный зуб депульпирован и армирован, необходимо сохранять максимальное количество твердых тканей культи зуба, что повысит устойчивость культи зуба к нагрузкам при функционировании зубного протеза [1,2,6,7,8].

При недостаточном препарировании твердых тканей зуба зубной техник не может выполнить эстетичный металлокерамический протез. Не хватает места для размещения всех споев керамической облицовки необходимой толщины, из-за чего возникают трудности в воспроизведении цвета металлокерамической коронки, который бы соответствовал цвету соседних зубов. А попытка увеличить толщину керамической облицовки может в дальнейшем вызвать рецессию десны, либо привести к развитию воспалительных процессов в области тканей пародонта [3,4,5].

При недостаточном препарировании окклюзионной или язычной поверхности зубному технику трудно воссоздать оптимальные окклюзионные контакты и как следствие, осложняется функция и возникает опасность развития заболеваний височно – нижнечелюстного сустава. При чрезмерном истончении слоя облицовочной керамики техником, из-за нехватки места для фарфоровой облицовки вследствие недостаточной глубины препарирования,

ухудшается эстетика и повышается вероятность скола керамического покрытия (рис 1).

Таким образом, одонтопрепарирование под металлокерамические протезы должно проводиться с соблюдением и применением определенных правил и техники, которые обеспечивают максимальное сохранение твердых тканей зубов и обеспечение оптимальных условий для фиксации и устойчивости конструкции при воздействии жевательной нагрузки. Таким требованиям отвечает методика двухплоскостного препарирования.

Методика препарирования и материал.

В своих примерах использовали двухплоскостное препарирование. Теория двухплоскостного препарирования была разработана и подробно описана Кувата [8] – известным японским зубным техником. Согласно его теории, вестибулярная поверхность всех зубов и небная (язычная) поверхность премоляров и моляров имеет 3 плоскости: пришеечную (которая соответствует направлению плоскости корня), основную (которая совпадает с плоскостью десны альвеолярного отростка) и плоскость режущего края (у резцов и клыков) (рис 2) или бугорка (у премоляров и моляров) (рис 3).

Три места основные плоскости можно обнаружить на каждом зубе. В результате повышенной стираемости исчезает плоскость режущего камня или бугорка.

Во время препарирования зубов под коронки учитывали 2 плоскости: основную и режущего края. Для препарирования по данной методике применили алмазные и твердосплавные боры, которые имеют соответствующие диаметр, форму и длину рабочей части.

Нами было принято 15 пациентов в возрасте от 25 до 40 лет. Одиночные коронки были изготовлены 5 - пациентам, 6 – пациентов имели дефекты зубного ряда (III



Рис.1. Скол керамической облицовки из-за нехватки



Рис. 2. Распределение плоскостей на резце

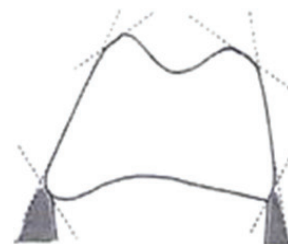


Рис. 3. Распределение плоскостей на моляре.



Рис.4. Нанесение ориентационных бороздок на ту половину вестибулярной поверхности, которая находится ближе к десневому краю

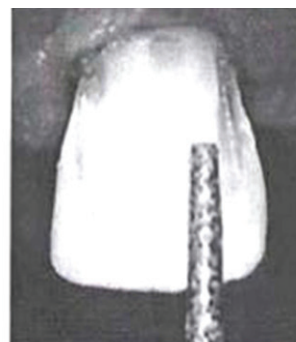


Рис.5. Нанесение ориентационных бороздок на ту половину вестибулярной поверхности, которая находится ближе к режущему краю



Рис.6. Препарирование внутренних скатов бугров окклюзионной поверхности

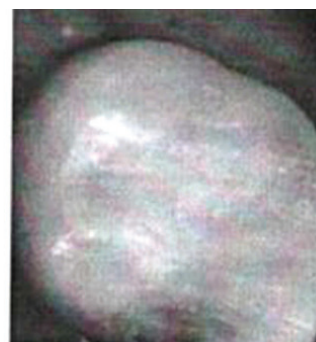


Рис.7. Внутренние скаты бугров окклюзионной поверхности после препарирования

класс по классификации Кеннеди) и 4 пациента IV – класс по Кеннеди.

Бор, диаметром кончика 1,2 мм, на весь диаметр погружается в твердые ткани зуба, образуя ориентационную бороздку. Ориентационные бороздки на вестибулярной поверхности наносились в двух плоскостях: одна плоскость была параллельна плоскости той половины вестибулярной поверхности, которая находилась ближе к десневому краю (рис 4), другая параллельна плоскости той половины вестибулярной поверхности, которая находилась ближе к режущему краю (рис 5).

Ориентационные бороздки на вестибулярной поверхности имели глубину 1,2 мм. В области режущего края ориентационные бороздки были глубиной 2 мм.

Таким образом, режущий край центральных зубов

укорачивался на 2 мм. Это необходимо для создания оптимальной толщины керамической облицовки, что позволяет добиться эстетичного результата.

Препарирование боковых зубов под металлокерамическую конструкцию начинали с нанесения ориентационных бороздок, помогающих контролировать глубину препарирования, на внутренние скаты бугров окклюзионной поверхности моляров при помощи конусовидного алмазного бора с закругленным концом (диаметр его равен 2.. мм). Твердые ткани зуба, находящиеся между ориентационными бороздками, удалялись этим же бором (рис 6). Таким образом, с окклюзионной поверхности в области фиссуры и внутренних скатов бугров удаляется слой твердых тканей определенной толщины, что помогает избежать излишнего укорачивания

культи зуба при чрезмерном препарировании. После этого, препарирование окклюзионной поверхности продолжили и наносили ориентационные бороздки на наружные скаты опорных бугров для создания скоса функционального бугорка (рис 7). Препарирование скоса функционального бугорка проводилось тем бором, которым наносили ориентационные бороздки на внутренние и внешние скаты бугорков. Скос функционального бугорка, который необходимо формировать на наружных скатах щечных бугров нижних моляров или на наружных скатах небных бугров верхних моляров, важный элемент при препарировании окклюзионной поверхности: достаточное ли количество твердых тканей снято с окклюзионной поверхности, проверяли путем надкусывания пациентом полоски красного воска толщиной 2 мм.

Преимущества двухплоскостного препарирования заключается в следующем:

- создается достаточное пространство для изготовления эстетичной металлокерамической коронки. Особенно это важно в области режущего края резцов и клыков.

- сохраняются ткани зуба в области средней трети культы. Исключается избыточное препарирование зуба.

- создается более ретенционная форма культы за счет меньшей конусности в нижней и средней трети, то есть не теряется так называемая «ретенционная зона» культы.

- считается, что коронка, изготовленная на культю с двухплоскостным препарированием более надежная, то есть из-за геометрии культы и каркаса происходит меньше сколов керамики.

Выводы:

1. Двухплоскостное препарирование опорных зубов обеспечивает максимальную сохранность твердых тканей зубов.

2. Создаются условия для ретенции будущей конструкции

3. Создается, должное пространство для получения резистентной нагрузке и эстетически удовлетворяющей конструкции.

Литература:

1. Абакаров С.И. Топография керамических и металлокерамических коронок в пришеечной зоне опорных зубов. // Материалы научно практической конференции «Одонтопрепарирование» - М, - 2003. - 5с.
2. Абакаров С.И., Сорокин Д.В., Шамхалов Д.И. Применение цельнокерамических протезов у пациентов с патологической стираемостью зубов. // Материалы научно – практической конференции Стоматология XXI века. – М. – 2009. – 17с.
3. Большаков Г.В. Возможности клинической оценки зуба после препарирования. / Г.В. Большаков. / Зубной техник. 1999. - №2. – 16с.
4. Жулев Е.Н. Металлокерамические протезы. / Е.Н. Жулев Н. Новгород; НГМА, 2007. – 243с.
5. Киприн Д.В. Обоснование методики препарирования твердых тканей при восстановлении зуба виниром. Автореф. дис. канд. мед. наук. / Д.В. Киприн Красноярск. 2002. – 23с.
6. Спицына С.П. Сравнительная оценка методов одонтопрепарирования при ортопедическом лечении несъемными конструкциями. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Н.П. Спицына. М. 1996. – 23с.
7. Kuwata M. Atlas of ceramo – metal technology, st lovis. Ishiyaku. Euro – America/ 1986.
8. Shilinbug H.T., Novo. S. whitsett/ Fundamentals of fixed prosthodontics. Quintessence. Publ. – Chicago. – 1996. -25.

**МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
БОЛЬНЫХ ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩЬЮ В Г. БИШКЕК**

Ашымов Ж.Д.

Кыргызско-Российский Славянский Университет им.Б.Н. Ельцина
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлены данные социологических исследований по оценке уровня мотивации обращаемости населения г. Бишкек за ортопедической помощью.

Ключевые слова: стоматологическая служба, обращаемость, мотивация.

**БИШКЕК ШААРЫНДА ОРТОПЕДИЯЛЫК ЖАРДАМ ҮЧҮН КАЙРЫЛГАН
ООРУЛАРДЫН МЕДИЦИНАЛЫК-ДЕМОГРАФИЯЛЫК ЖАНА СОЦИАЛДЫК
МҮНӨЗДӨМӨСҮ**

Ашымов Ж.Д.

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз Россия Славян Университети
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада Бишкек шаарынын калкынын ортопедиялык жардам үчүн кайрылууго себептерин деңгээлин баалоо боюнча социологиялык изилдөөлөрдүн маалыматтары берилген.

Негизги сөздөр: стоматологиялык кызмат, кайрылуу, себептери.

**MEDICO-DEMOGRAPHIC AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS APPLIED FOR
ORTHOPEDIC DENTAL TREATMENT IN BISHKEK**

Ashymov Zh.D.

B.N. Eltsin Kyrgyz-Russian Slavic University
Biskek c., Kyrgyz Republic

Resume. The article provided data for sociological studies on the assessment of the level of motivation appealability of the population of Bishkek for orthopedic care.

Key words: dental service, appealability, motivation.

Большое значение имеют данные опроса населения, и они могут внести конкретные предложения по оптимизации стоматологической помощи. Важным направлением стоматологических исследований является изучение мнения организаторов стоматологической службы [1,3]. Одним из важных разделов качественной оценки стоматологической службы является экспертный метод [4,6].

Данные стоматологического исследования, потребности стоматологической помощи свидетельствуют о том, что вне зависимости от возраста, уровня образования и социальной принадлежности, ведущими приоритетами для большинства опрошенных, было собственное здоровье и здоровье близких.

В период перестройки стоматологическая служба г. Бишкек имела 6 государственных стоматологических служб, где оказывалась специализированная и узкоспециализированная стоматологическая помощь, и в них удавалось организовать доступную, недорогую ортопедическую помощь широким слоям населения. Но качество оказываемой помощи было некачественным из-за слабой оснащённости материальной базы.

Сложившаяся система управления стоматологической ортопедической службой, опирающаяся преимущественно на административно-командные методы (жесткие нормативы, ориентация на объёмные показатели, недостаточное финансирование), не удовлетворяла потребности населения. Кроме того, действующий

хозяйственный механизм не обеспечивал в современных экономических условиях заинтересованности сотрудников службы в улучшении качества стоматологической ортопедической помощи.

Работа ортопедических отделений была направлена на увеличение количественных и финансовых показателей. В частности количество принятых больных и изготовленных протезов на одного врача, зубной техника, число лиц получивших протезы, условные единицы трудоемкости (УЕТ), стоимость протеза на одного пациента и т.д. Эти показатели отражали в полной мере состояние стоматологического здоровья и уровень стоматологической ортопедической службы.

Другим немаловажным аспектом изменений, происходящих в ортопедической стоматологии, было все более активное использование современных информационных и коммуникационных технологий.

Эффективность дальнейшей работы стоматологических учреждений оказывающих ортопедическую стоматологическую помощь населению г.Бишкек стала невозможной без проведения мероприятий, конечной целью которых является оказания ортопедической помощи населению, повышение ее качества при сохранении ее доступности.

В настоящее время состояние рынка ортопедических стоматологических услуг характеризуется целым рядом особенностей, таких как низкий уровень доходов основной части населения и связанная с этим

низкая платёжеспособность населения.

Целью настоящей работы было изучить медико-демографическую и социальную роль пациентов обратившихся за ортопедической помощью г. Бишкек.

Для выполнения поставленной цели нами обследовано 2188 пациентов, из которых 1077 составили мужчины и 1111 женщины в возрасте 16 – 61 год и старше.

Данные таблицы 1. свидетельствует о том, что основная группа обследованных приходится на возрастную группу 16-30 лет, и колеблется в пределах - 24,86%; в возрасте 61 год и старше - 18,28%.

В каждой из групп, респонденты были разделены на подгруппы по изучаемым факторам:

- по полу и возрасту (табл.1);
- по национальности (табл.2);

- по профессии (табл.3);
- по месту проживания (табл.4);
- по уровню образования (табл.5).

Приведенные данные в таблице 1 свидетельствуют о том, что во всех группах количество пациентов женского пола было выше 50,78%, чем мужского пола 49,22%. Анализ данных по принадлежности пациентов к различным этническим группам показал, что основную группу составили пациенты коренной и европейской национальности (табл. 2).

Из таблицы 2 следует, что число обследованных пациентов коренной национальности составило - 39,89%, европейцев - 24,35%, остальных (казахи, узбеки и другие) были существенно ниже.

В результате анализа полученных данных по

Таблица 1.
Распределение больных по полу и возрасту (в % общего количества обследованных)

Возраст в годах	мужчин		Женщин		всего пациентов	
	Абс.	%m	Абс.	%m	%	%m
16-30	243	11,110,67	301	24,860,93	544	24,860,93
31-40	177	8,090,58	154	7,030,54	331	15,130,77
41-50	231	10,550,65	221	10,100,64	452	20,660,86
51-60	231	10,570,65	250	10,510,65	461	21,070,88
61 и старше	195	8,310,59	205	9,370,62	400	18,280,87
Итого	1077	49,221,06	1111	50,781,06	2188	100

Таблица 2.
Этническая принадлежность пациентов (в % от общего количества обследованных)

Национальность	Абс.	%m
Кыргызы	851	39,891,04
Европейцы	546	24,350,98
Казахи	308	14,070,74
Узбеки	195	8,910,61
Другие	288	13,760,74
Всего обследованных	2188	100

Таблица 3.
Распределение пациентов по профессиональным признакам (в % от общего количества обследованных)

Профессия пациентов	Абс.	%m
Рабочие	622	28,420,96
Интеллектуальные	411	16,750,84
Служащие	547	25,00,92
Прочие	608	27,791,96
Всего пациентов	2188	100,0

Таблица 4.

Распределили больных по месту жительства (в % от общего количества обследованных)

Бишкек		Пригородные районы		Всего пациентов	
Обследованных	%	Обследованных	%	Обследованных	%
1397	72,99	791	27,01	2188	100

Таблица 5.

Распределение пациентов по уровню образования (% от общего количества обследованных)

Уровень образования						Всего	
Высшее		Неполное высшее		Среднее			
абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1040	41,53	830	37,93	318	14,53	21,88	100

профессиональным принципам (табл. 3) установлено, что распределение больных было примерно одинаковым и колебалось в пределах 25% (служащее) и 28,4% (рабочие), 16,75% пациентов были заняты интеллектуальным трудом (врачи, преподаватели, работники вычислительных центров и другие).

Данные таблицы 4. свидетельствуют о том, что абсолютное большинство пациентов составили бишкекчане. Количество пациентов из пригородных районов было втрое меньше по сравнению с людьми, проживающих в г. Бишкек.

Одной из поставленных задач настоящей работы было установление зависимости обращаемости пациентов за стоматологической помощью от уровня образованности. С этой целью нами выделено 3-группы пациентов имеющих среднее, неполное высшее и высшее образование (табл.5).

Данные таблицы 5. свидетельствуют о том, что в основном за протезированием обращались пациенты, имеющие высшее и неполное высшее образование, меньше всего за помощью обращались пациенты имеющие среднее образование.

Вывод:

1. Установлено, что женщины чаще обращались за ортопедической стоматологической помощью, чем мужчины.

2. Уровень обращаемости за ортопедической помощью зависит от уровня образованности населения, места жительства и профессиональной деятельности.

Литература:

1. Алимский А.В. Генеральные направления совершенствования стоматологических служб.// Труды IX съезда Стоматологической Ассоциации России. М., 2004.- с110-116.
2. Бочковская О.О., Соловьева А.М. Исследование потребности в стоматологической помощи у различных групп населения. // Клиническая стоматология. – 2006. - №1.- С.58-62.
3. Вагнер В.Д. Леонтьев В.К. Пути совершенствования стоматологической помощи населению, по мнению врачей стоматологов. // Стоматология. -1998.- Спец. выпуск. – С. 8-9.
4. Ладный А.Я., Шустер Л.А. К вопросу о методологии оценки качества здравоохранение. // Сов. здравоохранение. – 1990. -№8. – С. 16-19.
5. Шиленко Ю.В., Леонтьев В.К., Шиленко А.Ю. Полное товарищество в стоматологии.// Стоматология. – 1997. - №2. – С. 59-65.
6. Нурбаев А.Ж. Эпидемиология и профилактика стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста, совершенствование медико-социальной помощи: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук : – Бишкек, 2013. – 46 с.
7. Caarr Hill R.A. Assumptions of the QALY procedure. // Social sciences Medicine. -1989. pp469-471.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ
УДАЛЕНИЯ ЗУБА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бакиев Б.А., Токторалиева Э.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика**Резюме.** Представлены результаты операции удаления зуба у 150 детей и подростков в возрасте 5-14 лет с применением методов анестезии и анестетиков с определением их клинической эффективности и безопасности.**Ключевые слова:** дети и подростки, операция удаления зуба, анестезия, анестетик, критерий эффективности, безопасность.БАЛДАР СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ПРАКТИКАСЫНДА ТИШТИ ЖУЛУП САЛУУ
ОПЕРАЦИЯСЫ УЧУРУНДА ЖЕРГИЛИК АНЕСТЕЗИЯ МЕТОДДУН КОЛДОНУУНУН
ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ

Бакиев Б.А., Токторалиева Э.Б.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы**Корутунду.** Анестезиянын жана анестетиктердин методдорун колдонуу жолу менен 5-14 жаштагы 150-гө жакын кичинекей балдардын жана өспүрүмдөрдүн тиштерин жулуу операциясынын жыйынтыктары берилди.**Негизги сөздөр:** балдар жана өспүрүмдөр, тишти жулуу операциясы, анестезия, анестетик, натыйжалуулук критерийи, коопсуздук.FEATURES OF THE APPLICATION OF METHODS OF LOCAL ANESTHESIA FOR TOOTH
EXTRACTION SURGERY IN PEDIATRIC DENTISTRY

Bakiev B.A., Toktoralieva E.B.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva
Bishkek c., the Kyrgyz Republic**Resume.** The results of operation of tooth extraction for 150 children and adolescents aged 5-14 years with use of methods of anesthesia and anesthetics to the definition of clinical efficacy and safety.**Key words:** children and adolescents, the removal of a tooth, anesthesia, anesthetic, the criterion of efficiency, safety.**Актуальность.**

Стоматологическая помощь населению является самой массовой и сопровождается всегда болевыми ощущениями, из-за чего многие больные уклоняются от регулярных осмотров и адекватного лечения у стоматолога [13,14,16, 18,21]. В детской практике особое значение приобретает взаимоотношения боли и страха. У ребенка большая лабильность психических реакций, быстрая иррадиация возбуждения, непереносимость болевых ощущений. Возникновение боли во время манипуляции усиливает страх и снижает порог болевой чувствительности, что формирует с раннего возраста негативное отношение к стоматологическим манипуляциям [1,11]. В этой связи проблема обезболивания чрезвычайно актуальна в стоматологии детского возраста. Квалифицированное решение данной проблемы снижает развитие токсико-аллергических реакций, осложненных форм кариеса зубов и уменьшает прогрессирование одонтогенной инфекции [4,12,19]. В современной научно-практической стоматологии выполнение операции удаления зуба проводится с использованием различных апробированных методов регионарной анестезии и местных анестетиков [2,6,7,10,14,16,17,23]. Местная анестезия — основной способ обезболивания, проводимый во время амбулаторного стоматологического приема. К местным анестетикам предъявляются такие требования:

1) они должны иметь сильное обезболивающее действие, легко диффундировать в ткани и удерживаться там как можно дольше;

2) иметь малую токсичность и, соответственно, вызывать минимальное количество как общих, так и местных осложнений.

За последние годы появилось около 100 анестетиков местного действия, в основном на базе лидокаина, мепивакаина, артикаина и бупивакаина гидрохлорида. Это дает возможность выбрать для обезболивания наиболее эффективный и безопасный препарат [7]. При этом нередко, в детской клинике вызывает затруднение выбор адекватных методов анестезии и дентальных анестетиков при проведении операции удаления зуба [1].

Целью исследования явилось обеспечение квалифицированного выполнения операции удаления зуба в детской стоматологической практике с обоснованием метода местного обезболивания и вида анестетика.

Задачи исследования:

1. Обосновать выбор методики обезболивания;
2. Обосновать выбор анестетика.

Материалы и методы исследования

150 пациентов в возрасте 6-14 лет. Клинико-инструментальный, рентгенологический, определение клинической эффективности анестезии по Ю.Г. Кононенко и соавт. (2004), информационный анализ методов анестезии и дентальных анестетиков.

Во время вмешательства определяли клиническую эффективность по пятибалльной системе [7]:

- 1 — отсутствие анестезии — 0
- 2 — слабая анестезия — обезболивание на 20-30%
- 3 — средняя анестезия — обезболивание на 30-70%

4 — незначительная болезненность при вмешательстве - обезболивание на 70—95%

5 — абсолютно безболезненное вмешательство — 100%

В практической деятельности врачу необходимо четко знать пути введения, силу и продолжительность, механизм взаимодействия анестетиков и катехоламинов, возможные осложнения с целью обоснованного индивидуального выбора анестетика и метода анестезии с учетом возраста, соматического статуса, патологии и т.д. [2,5,7,9]. Применяемые в мировой клинической практике местные анестетики по химической структуре представлены сложными эфирами и амидами.

Стандартный 2% раствор лидокаина с адреналином 1:100 000 (Lignospan forte, Lignospan SP, Xylostesin A, Lignospan standart) обеспечивает достаточную для большинства амбулаторных стоматологических вмешательств продолжительность анестезии, немного большую продолжительность действия имеет 2% раствор мепивакаина с вазоконстриктором (Scandonest, Mepivastesin,

Mepident), 4% раствор артикаина с адреналином 1:100 000 (Septanest, Ubistesin,

Alphacain, Ultracain, Ubistesin, Alphacain) имеет значительную обезболивающую активность и обеспечивает пациенту достаточное послеоперационное обезболивание. При длительных процедурах, когда нужна анестезия на несколько часов, можно применять 0,5% раствор бупивакаина (Marcain) с адреналином 1:200 000.

Мепивакаин (карбокаин, мепивастезин, скандонест): по своим свойствам (эффективности и продолжительности действия) 1% раствор мепивакаина сходен с 1% раствором лидокаина, но менее токсичен. Это позволяет использовать его в 2% и 3% растворах для и проводниковой анестезии. Мепивакаин имеет незначительное сосудосуживающее действие и поэтому 3% раствор мепивакаина дает качественное обезболивание без вазоконстрикторов, не стимулирует сердечно-сосудистую систему, что позволяет использовать препарат у больных с сердечно-сосудистой и эндокринной патологией.

Артикаин не проникает через плацентарный барьер и поэтому наиболее безопасный анестетик для беременных. Не препятствует заживлению послеоперационных ран. Может применяться у людей преклонного возраста и у детей. Важной характеристикой обезболивающего раствора является продолжительность действия, которая должна быть достаточной для выполнения различных стоматологических вмешательств. Кроме того, желательно, чтобы обезболивание продолжалось после вмешательства (операции) — так называемое послеоперационное обезболивание.

Продолжительность действия зависит от анестетика и вазоконстриктора, что усиливает и углубляет эффект. Нужно учесть, что при применении вазоконстриктора сила и, соответственно, токсичность обезболивающего раствора увеличиваются в разы.

С учетом характеристик и продолжительности анестетиков, а также рекомендаций мы применили в данном исследовании препараты: мепивакаин и мепивастезин пациентам 5 лет, свыше 5 лет артикаин и убистезин с вазоконстриктором 1:200 000. Мепивакаин и мепивастезин используют в виде 2 % или 3% раствора. В

отличие от известных анестетиков не вызывает расширения сосудов, медленно адсорбируется. Мепивакаин легко проникает через мембрану клетки, обладает способностью «химического турникета», задерживаясь в тканях, пролонгирует действие анестезии, при этом отпадает необходимость во введении вазоконстриктора. При применении препарата необходимо избегать передозировок во избежание развития токсической реакции. Артикаин - амидный анестетик из ряда тиюфена, спазмолитик — снижает артериальное давление. Характеризуется быстрым действием — анестезия наступает через 0,5-3 мин (у новокаина — через мин, тримекаина — через мин, лидокаина — через 4-5 мин). Артикаин в 2 раза сильнее лидокаина, менее токсичный, сравнительно быстро выводится из организма (период полураспада 21,9 мин). Это позволяет применять его в 4% растворе для инфильтрационной и проводниковой анестезии. Имеет высокую диффузную способность. Аллергические реакции на артикаин бывают очень редко - одна на 100 тыс. инъекций; применение артикаина безопасно в 99,4% случаев (1,2,7).

Результаты и их обсуждение.

При обследовании 150 детей нами выявлены физиологические и патологические формы стоматологического статуса. Показаниями к удалению зуба в большинстве случаев являлись молочные зубы (физиологическая смена) в возрасте от 5-14 лет - 44%. Дистопия и ретенция зубов (12,7%) , хронические периодонтиты (27,3%) и обострение хронического периодонтита (14,7%) также в этом возрасте (табл.1).

Наибольшее количество зубов - 53% были удалены под инфильтрационной и интралигаментарной анестезиями. Эффективна апикулярная анестезия - в 12,5%. В 6,0% случаях аппликационная анестезия дублировалась инфильтрационной. Аппликационная и подслизистая соответствовали слабой анестезии (20-30%), а инфильтрационная, проводниковая и апикулярная, сочетанная к абсолютной безболезненной анестезии (100%). Результаты клинической эффективности методов анестезий, использованных в исследовании представлены в (табл.2).

При интралигаментарной и апикулярной анестезии количество вводимого препарата было минимальным: 0,3-0,5мл, а при инфильтрационной 1,0-1,5мл, проводниковой до 1,7мл (1 карпула). Следует указать на простоту и доступность апикулярной и инфильтрационной анестезий, в сравнении с проводниковой. При выполнении операции удаления зубов у 150 детей и подростков нами не наблюдались осложнения.

Выводы:

1. Выявлена высокая эффективность апробированных в клинике проводниковой и инфильтрационной способов обезболивания при удалении постоянных зубов при их ретенции и дистопии, обострении хронических процессов. Высоко эффективными явились также апикулярная, интралигаментарная и сочетанная виды анестезии при операции удаления зубов - физиологическая смена, хронический периодонтит и обострения хронического периодонтита молочных зубов. Слабая анестезия наблюдалась при аппликационном методе. При интралигаментарной, апикулярной анестезии доза вводимого анестетика была минимальной.

Таблица 1.

Физиологические и патологические формы стоматологического статуса

Нозологические формы заболеваний	5-6 лет		7-10 лет		11-14		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Физиологическая смена	-	-	25	16,7	41	27,3	66	44,0
Дистопия и ретенция зубов	-	-	3	2,0	16	10,7	19	12,7
Хронический периодонтит	2	1,3	24	16,0	17	11,3	43	28,6
Обострение хронического периодонтита	3	2,0	15	10,0	4	2,7	22	14,7
Итого:	5	3,3	67	44,7	78	52	150	100,0

Таблица 2.

Результаты клинической эффективности методов анестезий

Методы обезболивания	1	2	3	4	5
Аппликационная	-	+-	-	-	-
Подслизистая	-	+-	-	-	-
Инфильтрационная	-	-	-	-	+
Апикальная	-	-	-	+	+
Проводниковая	-	-	-	-	+
Интралигаментарная	-	-	-	+	-
Сочетанная	-	-	-	-	+

2. Оптимальными препаратами для местной анестезии в детской стоматологической практике явились анестетики: мепивакаин и мепивастезин, а также артикаин, убистезин. Достаточная длительность анестезии и кратковременность манипуляции вполне оправдывают их использование. Считаем, обоснованной, что применение вазоконстрикторов детям до 5 лет не желательной, в виду развития возможных токсико-аллергических осложнений.

Литература:

- Басманова Е.В., Анисимова Е.Н., Зорян Е.В. и др. Особенности местного обезболивания у детей // Современная стоматология.-1997.- № 2.- 13 с.
- Грицук С.Ф. Анестезия в стоматологии. — М.: 000 «Медицинское информационное агентство», 1998. — 304 с.
- Дускалиева А.Х., Муканова Ж.Х., Бисенова А.У. Выбор местных анестетиков применяемых в стоматологии // Проблемы стоматологии.-2004.-№4(24). - С.74
- Зорян Е.В., Рабинович С.А. Анализ ошибок и осложнений при проведении местной анестезии // Медицинский алфавит. Стоматология.-2010.-№1.- С.39-40.
- Зорян Е.В., Рабинович С.А., Матвеева Е.Г. Алгоритм выбора местноанестезирующих препаратов, проблемы и решения // Клиническая стоматология.-2008.-№1.-С.18-22
- Зорян Е.В., Рабинович С.А., Матвеева Е.Г. Применение современной технологии местного обезболивания залог качественной практики стоматолога // Клиническая стоматология.-2006.-№1.-С.1-3
- Кононенко Ю.Г., Рожко Н.М., Рузин Г.П. Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: - «Книга плюс», 2004., 409 с.
- Петрикас А. Ж. Какой сегодня применять местный анестетик? // Новое в стоматологии. -1998.- №2.- С.19-27.
- Рабинович С.А., Зорян Е.В. Критерии обоснованного выбора мест-ноанестезирующих препаратов в стоматологии // Клиническая стоматология.- 2012.-№4.- С.32-35.
- Столяренко П.Ю. Современные технологии местного обезболивания в стоматологии: Метод. рекомендации. - Самара; СамГМУ, 1997. - 40 с.
- Суниев Т.К. Обезболивание при стоматологических

вмешательствах у детей – Алматы, 1996. – 142 с.

- Суниев Т.К., Масалина Н.М., Масалина М.Б. Побочные явления и осложнения при применении карпулированных местных анестетиков содержащих вазоконстрикторы // Проблемы стоматологии.-2005.-№3(29).-С.17-29.
- Яценко И.В., Рыболов О.Е., Андриянова О.Ю. и др. Современные местноанестезирующие лекарственные средства в стоматологии. Полтава: 1998 - 80с.
- Andren S.S. Ambulatory anaesthesia. An iniurj, studj of patient satisfaction and therapeutic quality // Ugeskr. Laeger.- 1993.- №155 (36).- p.2803-2809
- Борнкессель Б. Убистезин и мепивастезин способствуют установлению высокого стандарта безопасности при местной анестезии. // Новое в стоматологии. - 1999. - № 9. - С. 15- 21.
- Calvey T., Williams N. Principles and Practice of Pharmacology for Anaesthetists. Oxford, Blackwell Scientific Publications. Second edition//Int, 1991, -P. 236.
- Malamed S.F. Handbook of local anaesthesia. 4 ed.- St. Louis, Mosby, 1997.- 327 p.
- Malamed S.F. Handbook of local anaesthesia. 5 ed.- St. Louis, Mosby, 2004.- 400 p.
- Meechan J.G. Что предпринять при неудачной местной анестезии // Дент Арм. - 2000. - № 1.- С. 65- 72.
- Rahn R., Jakobs W.A. Dental anaesthesia with of articaine + 1 400000 epinephrine.- XI Int. dental congress an modern pain control. / Yokohama.- 2006.- p. 142.
- Simon J.R., Peltien B., Chambers D. Проведение местной анестезии как фактор риска для стоматологов // Новое в стоматологии. -1996. - № 2. С. 39-41.
- Zugal W., Taiibernheim L. «ILA» — интралигаментарная анестезия. Рациональное обезболивание // Новое в стоматологии 2002. — № 2. — С. 17—20.
- Yonchak T., Reader A., Beck M. et al. Anesthetic efficacy of unilateral and bilateral inferior alveolar nerve blocks to determine cros innervation in anterior teeth. // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radic Endod.- 2001.- №92.- p. 132.
- Jakobs W.A., Rahn R. Lokal Anaesthesia in Children / X Int. dental congress an modern pain control / Edinburg, 2003.- p.

**МЕСТНОЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН У БОЛЬНЫХ
С ГНОЙНО - ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ И ШЕИ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Именов Д.А., Бакиев Б.А., Касенова Н.С., Курамаева У.К.

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

Резюме. Представлен обзор литературы по местному медикаментозному лечению гнойных ран ЧЛО и шеи.

Выявлено, несмотря на постоянное совершенствование методов лечения гнойных ран с применением современных антисептиков и ферментов, сорбентов, физических и других способов санации их результаты нельзя признать вполне успешными. Актуальными остаются вопросы оптимизации местного лечения ГР по фазам раневого процесса, с учетом которого применяемые медикаментозные средства должны обладать направленным действием.

Ключевые слова: гнойная рана, гнойно-воспалительное заболевание, местное лечение, препараты, средства.

**ЖААК-БЕТ ЖАНА МОЮНДУН ИРИНДҮҮ СЕЗГЕНГЕН ООРУЛАРЫНДА
БЕЙТАПТАРДЫН ИРИНДҮҮ ЖАРАЛАРЫН ЖЕРИНДЕ ДАРЫ-ДАРМЕКТЕР АРКЫЛУУ
ДАРЫЛОО (АДАБИЯТТЫК ИЗИЛДӨӨ)**

Именов Д.А., Бакиев Б.А., Касенова Н.С., Курамаева У.К.

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

Корутунду. Жаак-бет жана моюндун ириндүү жараларын жеринде дары-дармектер аркылуу даарылоо боюнча адабияттын тизмеси сунушталат. Антисептик, фермент, сорбенттерди жана башка ар кыл физикалык ыкмаларды колдонуу менен ириндүү жараларды даарылоо жолдору үзгүлтүксүз жакшыртылып, жаңыланып жатканына карабастан, алардын жыйынтыктарын өтө ийгиликтүү деп саноого болбойт. Ириндүү жараларды ириндөө процессинин деңгээлине карай колдонулуп жаткан дары каражаттары туура таасир этүүчү сапатка ээ экендигин эске алуу менен даарылоону оптималдаштыруу маселеси актуалдуу бойдон калууда.

Негизги сөздөр: ириндүү жара, ириндүү сезгенген оорулар, жеринде даарылоо, препараттар, каражаттар.

**LOCAL DRUG TREATMENT OF PURULENT WOUNDS IN PATIENTS WITH PURULENT-
INFLAMMATORY DISEASES OF MAXILLOFACIAL AREA AND NECK
(LITERATURE REVIEW)**

Imenov D.A., Bakiev B.A., Kasenova N.S., Kuramaeva U.K.

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

Resume. A review of the literature on the local medical treatment of purulent wounds dental area and neck. It is revealed, despite the continuous improvement of methods of treatment of purulent wounds with application of modern antiseptic and enzymes, sorbents, physical rehabilitation and other means. Their results can not be considered quite successful. Relevant questions remain optimization of local GH therapy in phases of wound healing process and taking into account that used medications should have a course of action.

Key words: purulent wound, purulent-inflammatory disease, topical treatment, drugs, money.

В последние годы наблюдается значительный рост численности и тяжести воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. По данной теме проведены многочисленные исследования, в которых рассматриваются различные стороны этиологии и патогенеза заболевания. Раскрыты многие стороны механизма появления и распространения инфекции, вирулентности и изменчивости микроорганизмов. Установлено, что частое развитие гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) мягких тканей ЧЛО и шеи, их осложнений обусловлено высокой распространенностью хронической очаговой одонтогенной, тонзиллогенной инфекцией, бессистемным и нерациональным применением антибактериальных и других медикаментозных средств, изменением иммунологической реактивности организма, поздней госпитализацией и присоединением внутрибольничной инфекции, ухудшением социально-экономических

условий и снижением уровня жизни населения [18,51,56,59,60,84,104,107]. Отмечено, что воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ЧЛО) и шеи составляют 57,5 - 62,4% хирургических больных челюстно-лицевого стационара [75,79,91]. Высоким остается и удельный вес осложнений гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) - сепсис, тромбоз синусов медиастинит, летальность при острых медиастинитах составляет от 15,3 до 78,6% [32,34,89,75,78,60,57,47,87]. Следовательно местное лечение острых гнойных заболеваний в условиях прогрессирующей антибиотик устойчивости микрофлоры требует дальнейшего изучения и оптимизации. В связи с чем, поиск рациональных, доступных и эффективных путей лечения остается актуальной проблемой челюстно-лицевой хирургии.

Основные задачи местного лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-

лицевой области следующие [73]:

1. Вскрытие гнойного очага, удаление «причинного» зуба.
2. Дренирование гнойной раны.
3. Купирование или уменьшение болей в области гнойной раны.
4. Очищение раны от погибших и нежизнеспособных тканей с целью уменьшения микробной обсемененности раны.
5. Создание благоприятных условий для регенерации тканей и возможности наложения вторичных швов.
6. Способствование образованию нежного послеоперационного рубца.

Традиционное (открытое) лечение ран под повязкой с различными лекарственными препаратами является наиболее древним и распространенным методом в клинической практике. При этом требуется четкое соблюдение методологических принципов: применение лечебных повязок и использование лечебных средств строго с учетом фазы течения раневого процесса, сочетание лекарственных свойств препаратов с их физическим воздействием на ткани раны, поддержание под повязкой заданных параметров раневой среды. Для этих целей особый интерес для гнойной хирургии представляет группа препаратов, оказывающих на рану осмотическое действие. Из них до сих пор широко применяется гипертонический раствор хлорида натрия. Реже используются гипертонические растворы других веществ, как 3% раствор борной кислоты, 30% раствор мочевины и 20-25% глюкозы. Исследователи заметили, что осмо-вещества оказывают на рану кратковременное воздействие (не более 2-3 часов), так как быстро разбавляется экссудатом и теряют активность. Нельзя считать также рациональной введение в рану антибактериальных препаратов в виде присыпок и путем пломбирования. Наряду с этим, указанные препараты оказывают повреждающее действие на клетки, не воздействуют на патогенную флору, не препятствуют присоединению вторичной инфекции [29,62]. Всеобщее признание получили фурацилин, перекись водорода, однако ряд исследователей [82,45,14,13] отмечают слабые микробицидные свойства данных препаратов в условиях роста условно-патогенной, неспорообразующей анаэробной инфекции. Нашли применение растворы эритромицина [53], причем Л.И. Коломиец использовал его в сочетании с димексидом и оксациллином при лечении одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей.

В клинической практике при местном лечении ГР ЧЛЮ и шеи применяются как традиционные, так и современные антисептики. [84] отмечал высокую эффективность таких препаратов как бализ-2, квертецин. Выраженными антимикробными свойствами обладают соединения йода в комплексе с растворителями и носителями (йодофоры). В первой фазе раневого процесса и для профилактики нагноения ран с успехом применяются йодинол, йодопирон, йокс [14]. Исследованиями [85,44] установлено, что лечебно-профилактическое действие рапина обусловлено дегидратационным и ошелачивающим эффектом минеральных компонентов в фазе воспаления.

А во II и III фазах течения ГР рапин ускоряет обменные процессы, усиливает фибробластическую реакцию и репаративные процессы. Получили выраженное лечебное действие при применении электроактивированных водных растворов в комплексном лечении флегмон ЧЛЮ («мертвая вода» - гипохлорид натрия) [77,41,49]. Бактерицидный эффект натрия гипохлорита выражен как в отношении аэробных, так и анаэробных бактерий. Кроме того, натрия гипохлорит инактивирует вирус гепатита, иммунодефицита человека и ряд других вирусов, а также обладает антимикотическим действием. Таким образом, натрия гипохлорит может быть отнесен к категории практически универсальных дезинфектантов и антимикробных средств. При лечении ГР после вскрытия абсцессов и флегмон гипохлорит натрия применяется в первую фазу раневого процесса в концентрации 600 -1200 мг/л. Существенным недостатком вышеуказанных средств является односторонность действия, слабый некролитический, осмотический и обезболивающий эффекты [69]. В связи с чем, в последние годы получили признание поверхностно-активные вещества (ПАВ), обладающие способностью проникать через клеточные мембраны бактерий – растворы хлоргексидина биглюконат 0,1-0,2%, диоксидин 0,5-1,0% [61], полидиметилдиалиламмоний хлорид 1% раствор [5] и 0,1% раствор и мазь мирамистина [13].

Сравнительные клинико-бактериологические исследования с традиционными антисептиками и указанными ПАВ показали их выраженную бактерицидную активность 95,5% в отношении грамотрицательных бактерий, факультативных анаэробов и аэробов, грибов и минимальное токсическое действие. В клиническом аспекте это проявлялось в более быстром очищении раны от некротических масс и гнойного экссудата и ранним появлением грануляций.

Заслуживает внимание группа комплексонов [59,73], из которых наиболее изучена динатриевая соль этилендиаминтетрауксусной кислоты (ЭДТА). Сочетанное применение УЗТ и 5% раствора ЭДТА приводило к снижению микробной обсемененности до 10^4 . Установлено повышение терапевтической активности антибиотиков и антисептиков после их обработки 1% и 5% р-ром ЭДТА, а также при сочетанном фонофорезе 5% ЭДТА и 0,1% раствора диоксида. Нашел применение диметилсульфоксид (димексид, ДМСО), обладающим бактерицидным, противовоспалительным, мембранотропным, гипосенсибилизирующим и болеутоляющим свойством. Для обработки ГР использовались 20%; 30% р-ры димексида с антисептиками и антибиотиками широкого спектра действия, что позволило сократить сроки заживления ран [61]. С целью воздействия на течение гнойного раневого процесса предложил новый метод лечения больных одонтогенными флегмонами, основанный на применении полупроницаемых мембран (мембранных устройств) и диализирующего раствора. Для создания осмотического и концентрационного градиентов между веществами были использованы полупроницаемые мембраны [59,82].

В лечении ГР используются протеолитические ферменты, что обусловлено их некролитическим и противоотечным действием. Ферменты животного

происхождения (трипсин, химо tripsин, рибонуклеаза, дезоксирибонуклеаза) растительного (папаин, бромеланин) и бактериального (террилитин, стрептокиназа, гигролитин, лизоамидаза) лизировали нежизнеспособные ткани и вели к очищению раневой поверхности в первой фазе раневого процесса [80,88,26,31]. Однако следует учитывать, что в I фазе раневого процесса в ране имеется избыток своих протеолитических ферментов и чрезмерная стимуляция ферментативных процессов может оказывать повреждающее действие на ткани, прорыву барьерной мембраны и прогрессированию воспаления [73,86]. К тому же в ГР эффективность протеаз падает, вследствие разбавления гнойным субстратом, инактивируется тканевыми и сывороточными ингибиторами [43] и они активны в нейтральной среде. [62] применяли липооризин, оказывающего амилалитическое действие и снижение в ране концентрацию глюкозы у больных сахарным диабетом в комплексе с сорбентом СУМС-2 и метронидазолом. В последние годы в гнойной хирургии с успехом применяется фермент иммозимаза – комплекс щелочных и нейтральных протеаз, продуцируемых *Bac. Subtillis* и иммобилизованных на растворимой полимерной матрице – полиэтиленоксиде 1500, которая активно лизирует патологический субстрат и не поражает интактные ткани [43, 39,107,103]. При лечении гнойных осложнений сахарного диабета во II фазе раневого процесса успешно применили куриозин в виде 0,2% р-ра и масло облепихи [88,]. Перспективна системная энзимотерапия (вобэнзим, флогэнзим), которая оказывает на организм человека многофункциональное влияние, главным из которых являются: противовоспалительное, иммуномодулирующее, противоотечное, фибринолитическое, антиагрегантное, анальгизирующее и улучшение реологии крови [39,78] лечение вобэнзимом сочетали с внутривенным введением газотранспортного средства – перфторана, улучшающего макро-микро сосудистое русло. Результаты лечения показали, что включение системной энзимотерапии и перфторана в комплексном лечении ГВЗ являлось патогенетически обоснованной. Принципиально новым подходом лечения больных ГВЗ является регулируемая активность раневых энзимов и коррекции местной ферментативной активности волокнисто-пористыми препаратами на основе полисахаридов - коллапора и аубазипора и гликана-аубазидана и хонсурида [65]. Ими из гликана-аубазидана и хонсурида создана гамма перевязочных препаратов, а при высокой активности раневых протеаз (более 130 МЕ/л) в комплекс местного лечения необходимо включать волокнисто-пористые препараты с антиферментной активностью (иммобилизованная форма контрикала).

Использование различных мазей на жировой основе (мазь Вишневского, синтомициновая и стрептоцидовая эмульсии, тетрациклиновая, эритромициновая, неомициновая и др.) мало оправдано из-за высокой гидрофобности их основы. Такая основа (в основном вазелин-ланолиновая) не позволяет поглощать раневое отделяемое, не обеспечивает антибактериальных средств из композиции, а поэтому турунды, обработанные такими мазями вводить в глубокие клетчаточные пространства лица нельзя, так они становятся «заглушкой»

и нарушают отток экссудата из раны. Значительным прогрессом в местном лечении ГР является создание антибактериальных мазей на водорастворимой основе, оказывающих на рану комплексное многонаправленное действие - антимикробное, дегидратирующее, некролитическое, противовоспалительное и обезболивающее. Такие мази, как (левомеколь, левосин, левонорсин, диоксиколь, сульфамеколь) обладают одновременным многонаправленным действием на ГР – антимикробным, противовоспалительным, некролитическим и обезболивающим. Перечисленным требованиям наилучшим образом отвечают принципиально новые, современные препараты на водорастворимой основе - отечественные мази: левосин, левомиколь, 5% диоксидиновая мазь, 10% мазь мафенида ацетата и зарубежные мази: мазь сульфамилон (иапалтан), фурацин, бетидиновая мазь [34,81]. Мази на водорастворимой основе в течение нескольких дней ликвидируют перифокальную воспалительную реакцию и обеспечивают очищение раны от гнойно-некротических масс, число микробов в ране на 1 г. ткани в течение 2-3 суток снижается ниже «критического» уровня. Это кардинально влияет на течение раневого процесса и исключает возможность перехода его в генерализованную форму. Однако отмечены возникновения аллергических реакций на отдельные компоненты полифункциональных мазей. Представляет интерес экологически безопасные антимикробные препараты, механизм действия которых основан на выраженных антогонистических свойствах к большинству микроорганизмов. Исследованиями установлено, что эубиотики (бифидумбактерин, лактобактерин, максилин) проявляют выраженные антимикробные свойства, сокращают сроки лечения, особенно у больных с поливалентной аллергией и сахарным диабетом, не обладают побочными действиями [35,76]. Несмотря на положительные качества эубиотиков и пробиотиков данные препараты не нашли широкого применения из-за сложности их получения. Определенные надежды возлагаются на использование фитопрепаратов «Биалм» и «Калиор» имеющих многокомпонентный механизм действия (противовоспалительное, некролитическое, иммуностимулирующие и иммуномодулирующее, стимуляция регенерации) и оказывающие минимальные побочные действия [66].

Выявлено, что при ГВП происходит снижения активности антиоксидантной защиты организма и образования перекисного окисления липидов (ПОЛ), с целью уменьшения гипоксии в тканях, стимуляции репаративных процессов и улучшения микроциркуляции используются препараты антиоксидантного действия: уротропин, гипоксен, перфторан и др. [30,42,73]. Сочетанное использование уротропина в виде в/в введения 40% раствора и аппликации 10% раствора выявило его значительное противовоспалительное и мембранопротекторное действие. [37,57] использовали перфторан в комплексном лечении ГВЗ лица и шеи путем в/в введения и местного фракционного диализа, что обеспечило интенсивное улучшение общего состояния и ускорило репаративные процессы в ране. П е р ф т о р а н является представителем нового класса соединений

перфторуглеродов, переносчиком газов крови и их эффективность действия связано с улучшением общего и местного газообмена.

За последние годы наметился возрастающий интерес к изучению и применению в медицине озона. Для лечения ГВЗ широко используется растворимый в различных жидкостях озон. Механизм бактерицидного эффекта озона заключается в повреждении плазматической мембраны микробной клетки, повреждение внутриклеточных структур, окисление цитоплазматических белков, нарушение функций органелл. Согласно данным [101] озон значительно повышает чувствительность многих микроорганизмов к бактерицидному действию комплемента. Кроме того, озон оказывает выраженное антимикробное действие по отношению к антибиотикоустойчивым штаммам микроорганизмов, в частности *Staphylococcus aureus*. Озонированные растворы оказывают выраженное антимикробное действие в отношении палочки синезеленого гноя, а также анаэробных бактерий [4]. Исследованием выявлен положительный эффект озонотерапии при лечении флегмон ЧЛО и шеи; показано благоприятное воздействие медицинского озона на показатели гомеостаза: снижается уровень эндогенной интоксикации, нормализуются свободнорадикальное окисление, гуморальное звено иммунитета, местная резистентность полости рта [36,58]. При лечении флегмон лица и шеи оптимальная концентрация озона для внутривенного введения – 180 мкг/л в озono-кислородной газовой смеси. Концентрация 400 мкг/л обеспечивает высокий бактерицидный эффект при местном применении непосредственно в гнойном очаге. Озонотерапия оказалась эффективным методом патогенетической антиоксидантной терапии, обеспечивая стабилизацию клеточных мембран и при этом не приводя к истощению АОЗ – защиты всего организма [38,24,54,55,98,99,106]. В низких концентрациях озон выступает в роли иммуностимулятора, а высоких – иммунодепрессанта. Опыт использования медицинского озона в различных разделах медицины, в том числе при лечении ГВЗ ЧЛО и шеи свидетельствует о безопасности данного метода и делает перспективным его дальнейшее применение [25].

Перспективным является сочетанное применение ультразвуковой кавитации в озонированном растворе, выявлены высокая эффективность комбинированной обработки и потенцирующий эффект [70].

Во многих областях медицины вновь появляется интерес к клиническому использованию серебра [2,8,15,50,67,100,105]. Широкий антимикробный спектр, отсутствие у большинства патогенной микрофлоры штаммов, устойчивых к воздействию серебра, хорошая переносимость и низкая токсичность вновь привлекли к нему внимание исследователей [83]. Микробиологическими исследованиями установлено, что на золотистый стафилококк, вульгарный протей, синегнойную и кишечную палочку и анаэробную неспорообразующую инфекцию, представляющих особый интерес клиницистов и особенно хирургов, ионы серебра оказывают различное воздействие от бактерицидного до бактериостатического. Причем в отношении

золотистого и других кокков значительно превосходит действие антибиотиков. Причем спектр антимикробного действия намного шире известных антибиотиков и сульфаниламидов, а бактерицидные свойства проявляются при минимальных концентрациях [18]. В доступной литературе имеются немногочисленные публикации по применению препаратов серебра при лечении ГВЗ ЧЛО и шеи [17]. Данные о наиболее эффективных концентрациях весьма противоречивы. Учитывая изложенное, нами [16] разработана бактерицидная композиция для лечения гнойных ран, включающий ионизированный раствор серебра и диметилсульфоксид (в качестве протектора и проводника для катионов серебра), отличающийся тем, что он содержит 20 мг/л ионизированного раствора серебра и диметилсульфоксид при соотношении компонентов: 1:1, 1:2 или в разведении в зависимости от характера отделяемого раны. Разработанный комплекс успешно прошел экспериментально-клиническую апробацию при лечении ГР в клинике при лечении ГВЗ ЧЛО и шеи [18].

В гнойной ЧЛХ в настоящее время широко применяются различные углеродные сорбенты, обладающие детоксикационным, дегидратационным, дренажным, антиаллергическим и иммуностимулирующим, бактериостатическим действиями и способностью депонировать лекарственные средства [22,27,40,48,63,95,90]. Установлено, что сорбенты способствуют извлечению токсинов и микробных тел из раны, токсических метаболитов и раневого субстрата, что ведет к уменьшению эндотоксемии и нормализации реакций организма. Для этих целей были рекомендованы новые виды гранульных сорбентов: «Дебризан» (Швеция), «Дежизан» (Германия), «Гелевин» (РФ). Препараты оказывают мощное дегидратирующее действие, а при сорбции на нем протеолитических ферментов, последние сохраняли до 85 % своей нативной активности [1,6,46,73,71] в лечении больных одонтогенными флегмонами применил полимерный дренирующий сорбент «Регенкур». Автором установлено: применение сорбента «Регенкур» в комплексном лечении больных одонтогенными флегмонами способствует сокращению сроков течения первой фазы раневого процесса, уменьшению количества микробных тел раневой поверхности независимо от видового состава, в том числе и бактериоидов. Углеродные сорбенты СУМС-1, СУМС-2 - применили в клинике и эксперименте в качестве вульне - и энтеросорбции [21,28,92]. Разработаны и внедрены в клинику сорбенты на основе кремний органических соединений (СИАЛ) [75] и пролонгированного бактерицидного свойства в виде пудры, содержащее серебро – СИАЛ – С [74]. Авторы отмечают более быстрое очищение ГР по сравнению с использованием общепринятых осмопрепаратов. [81] выявил целесообразность использования сорбционно-дегидратационной терапии по фазам воспаления в различных вариантах (многокомпонентные мази на гидрофильной основе, полимерные порошкообразные дренирующие сорбенты), при этом обосновано полифункциональное положительное влияние на гнойную рану и в целом на организм больного. На положительное воздействие использования сорбентов в I фазе раневого процесса, а в последующем целесообразности

использования физических факторов сообщили [81]. Об успешном опыте применения аппликационной сорбционной терапии при лечении больных с абсцессами, флегмонами и гнойными лимфаденитами в ЧЛЮ сообщили [93]. Однако, по мере накопления клинического материала были выявлены определенные недостатки сорбционной терапии (свищи, выход гранул через эти свищи) [68]. В этом направлении имеет большое значение изучение морфофункционального состояния регионарного лимфатического русла в зоне регионарного лимфосбора при острой хирургической инфекции и возможности использования различных способов лечения для раннего адекватного лимфатического дренажа [65]. В связи с чем, актуальной и своевременной является идея функционального синергизма лимфатических структур организма и сорбирующих веществ при сорбционной терапии, которая послужила теоретической предпосылкой для формирования концепции лимфопротезирования и в конечном счете – для создания биомодели временного лимфоидного органа, с успехом применяемого при лечении воспалительных заболеваний в хирургической практике [22].

Учитывая вышеизложенное, на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева и в отделении челюстно-лицевой хирургии НГ МЗ КР разработаны и внедрены оптимальные методы активного дренирования и местного медикаментозного лечения гнойных ран в условиях раннего и отсроченного ее закрытия. Предложена многокомпонентная повязка (МКП) в составе: метронидазол (0,5%-10,0), гентамицин (4%-2,0). Композиция готовится в перевязочной, непосредственно перед использованием, при этом в стерильный флакон вносится 10 миллилитров метронидазол 0.5%, к которому добавляется 2 миллилитра 4% раствора гентамицина, которыми насыщается СУМС-1 в течение 30 мин. ГР предварительно орошается 30% р-ром димексида, затем в полость раны апплицируется марлевая повязка с МКП на сутки [63]. Комплексное использование МКБП, ОЗР, комплексона и РНЛАТ снижает общий фон токсемии. Это приводит к ускорению репаративных процессов в ране: раннему очищению $4,72 \pm 0,07$ и эпителизации $3,74 \pm 0,17$ суткам, уменьшению площади раневой поверхности в 2,5 раза. Выявлена их значительная бактерицидная, адсорбирующая и некролитическая активность при лечении прогрессирующих и гнилостно-некротических флегмон.

Обоснованы методики прогнозирования и способы профилактики одонтогенного медиастинита при глубокой флегмоне шеи и дна полости рта [47,89,38].

Из современных данных по лечению ГВЗ заслуживает внимание использование цитокинотерапии и препаратов ИЛ-1 бета человека. Предпосылкой для использования в лечебной практике локальной цитокинотерапии явились результаты экспериментальных исследований [36]. [73] проведено лечение и обследование больных с одонтогенными флегмонами, где в комплексное лечение включали локальную аутоцитокинотерапию. Цитокины получали из периферической крови больного. После промывания гнойных ран раствором

фурацилина проводили дополнительное орошение раны аутоцитокинами и оставляли турунды, отмечено ускорение очищения ран от гнойно-некротических масс и появление розовых грануляций. Это позволяет накладывать первично-отсроченные швы, что дает хорошие косметические и функциональные результаты, сокращает сроки стационарного лечения больных.

При местном использовании препаратов ИЛ-1 бета человека у больных с ГВЗ ЧЛЮ установлено, что один из механизмов действия рекомбинантного ИЛ-1 бета человека связан с индукцией синтеза ИЛ-8 клетками воспалительного очага и усилением за счет последнего функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов. Автором были предложены орошение всей раневой поверхности с введением марлевых турунд и резиновых дренажей. Мазевую форму препарата ИЛ-1 применяют во II фазу раневого процесса.

В настоящее время фармацевтический рынок Кыргызстана насыщен дорогостоящими импортными препаратами, малодоступными для широкого круга населения. В связи с этим, обеспечение населения эффективными и дешевыми лекарственными препаратами отечественного производства должно являться одним из основных приоритетов социально-экономической политики государства [23]. В Кыргызской Республике в ОсОО «Галенфарм» разработан комбинированный лекарственный препарат – мазь Гипофур, содержащий в качестве антимикробного средства – нитрофура (фурацилин), и облепиховое масло, как стимулятор репаративных процессов. Талиповым Н.О. (2014) в клинике и эксперименте выполнена оценка эффективности мази гипофур при лечении гнойных ран, при этом получены положительные результаты [81]. Касеновой Н.С. (2014) при лечении больных с фурункулами и карбункулами ЧЛЮ выявлена положительная динамика заживления гнойной раны под влиянием новой отечественного мази «Гипофур» и современного антибактериального препарата Пио бактериофага «Фагио», в конечном итоге имелась полная эпителизация раны в сроки госпитального лечения с хорошими эстетическими и функциональными результатами [47]. Исследования в данном направлении продолжаются. Высокоэффективным антибактериальным средством, на наш взгляд, является антисептик «Декасан» (декаметоксин), который применяется в гинекологии, стоматологии, проктологии, хирургии при лечении гнойничковых бактериальных и грибковых заболеваний кожи, микробной экземы, гнойно-воспалительных поражений мягких тканей (абсцессы, карбункулы, фурункулы, гнойные раны, панариции) и др. (производитель: ООО «Юрия-Фарм», г. Киев, Украина). С учетом фазы течения ГР, применение антисептика декаметоксина в I – фазе является целесообразной. При местном лечении одонтогенных флегмон ЧЛЮ и шеи антисептик декаметоксин не применялся.

Таким образом, на основании краткого обзора доступной литературы по местному медикаментозному лечению ГР ЧЛЮ и шеи можно заключить следующее: наряду с оптимизацией методов антибактериальной, патогенетической терапии и способов дренирования гнойного очага, следует уделить особое внимание вопросам

подбора эффективных и доступных антисептиков и препаратов, улучшающих процессы регенерации гнойной раны. Так как большинство предложенных современных методов лечения ран требуют значительных материальных затрат, недоступны для большинства стационаров. К тому же, введение в рану современных дорогостоящих антисептиков, антибиотиков, ферментов оказывают местно раздражающее действие и не позволяют добиться желаемого результата вследствие инактивации их раневым субстратом. Актуальными остаются вопросы оптимизации местного лечения ГР по фазам раневого процесса, с учетом которого применяемые медикаментозные средства должны обладать направленным действием. Следовательно, поиск новых, более эффективных и относительно доступных препаратов и способов для местного лечения ГР остается актуальной задачей гнойной челюстно-лицевой хирургии.

Литература:

1. Абдымомунов Т.С. Сравнительная оценка эффективности дренирующих сорбентов гелевин и дебризан в лечении гнойных ран: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Бишкек. -1993. - 24 с.
2. Абросимов И.П., Джамбанов М.М., Поповский А.С. Лечение больных с гнойной инфекцией внутривенным введением аммиачного раствора хлористого серебра. //Хирургия. - 1997. - №7. - С. 62-63.
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. Агапов В.С., Смирнов С.Н., Шулоков В.В. и др. Комплексная озонотерапия ограниченного вялотекущего гнойного воспаления мягких тканей челюстно-лицевой области. //Стоматология. - 2001. - Т. 80. - №3. - с.23-27.
5. Агапов В.С., Тарасенко С.В., Трухина Г.М. и др. Внутрибольничные инфекции в хирургической стоматологии. - М. - Медицина. - 2002. - 256 с.
6. Адамян А.А., Глянцев С.П., Кочергина Л.Д. и др. Разработка и применение биологически активных композиций на основе гелевина для лечения гнойных ран /Тез. докл. международ. конф. «Рана и раневая инфекция» - М. - 1993. - ч.II. - с.221-223.
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. международ. науч. практ. конф. «Проблемы современной стоматологии Казахстана» Сб. научн. работ. - Ч.II. - Алматы. - 2004. - С. 320- 321.
8. Акматов Б.А., Рафибеков Д.С., Жолдошбеков Э.Ж. Использование сорбционного метода и лазерного облучения в комбинированном лечении гнойных ран у больных сахарным диабетом//Тез.докл.11 международн.конгресса диабетологов Центральной Азии.- Ташкент, 1996. -С.55-56.
9. Афиногенов Г.Е., Елинов Н.П. Антисептики в хирургии. - Л.: Медицина. - 1987.- 144 с.
10. Афиногенов Г.Е., Еропкина Е.М., Иванцова Т.М. и др. Функциональные антимикробные системы для профилактики раневой инфекции /Тез. докл. международ. конф. -М. - 1993. - Ч.II. - С.219-220.
11. Аханов С.А. Изучение антимикробного действия дезинфектантов, применяемых в клинике ЧЛХ //Проблемы стоматологии. - 2006. - №2 (32). - 77 с.
12. Бабенко Г.А. О применении микроэлемента серебра в медицине //Микроэлементы в медицине. - К.: 1977. - Вып. 7. - С. 3-8.
13. Бабин И. А. Особенности клиники и лечения поврежденных пародонта при протезировании несъемными металлокерамическими конструкциями. Дисс. Канд. Мед. наук.- Полтава, 2006.- 118 с.
14. Бадзаишвили Н.Г., Харатишвили Р.Г. Применение препаратов серебра в комплексном лечении воспалительных процессов ЧЛО /Тез. докл. III – республ. научн. конф. стоматологов. Груз. ССР. – Тбилиси. –1984. – С.43-44.
15. Бакиев Б.А., Насыров В.А., Зурдинов А.З., Бакиев А.Б. Бактерицидное средство для лечения гнойных ран. / Патент КР №1164 от 30.06.2009г.
16. Бакиев Б.А. Современные аспекты комплексной терапии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи. Дисс. ...д-ра мед.наук. - Бишкек, 2011. - 229 с.
17. Биберман Я.М., Стародубцев В.С., Шутова А.П. Антисептики в комплексном лечении больных с околочелюстными абсцессами и флегмонами // Стоматология, - 1996. - №6. - С. 25-27
18. Бодронов Р.Р. Течение гнойных ран мягких тканей, морфофункциональное состояние поджелудочной железы и тонкой кишки при сахарном диабете с использованием вульнесорбции на фоне энтерального применения сорбента СУМС-1: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Новосибирск. - 1998. - 27 с.
19. Борзилов К.В. Клинико-экспериментальное обоснование отечественного препарата «Лимонидин» в лечении гнойных ран лица
Автореферат. к.м.н.-Бишкек,2013.-25с.
20. Бородин Ю.И. 50 лет в лимфологии. /Проблемы лимфологии и интерстициального массопереноса. Труды ГУ НИИК и ЭЛ СО РАМН.-Новосибирск. -2004.- Т.10. - ч.1. - С.5-12.
21. Борзилов К.В. Клинико-экспериментальное обоснование отечественного препарата «Лимонидин» в лечении гнойных ран лица
Автореферат. к.м.н.-Бишкек,2013.-25с.
22. Булыкин В.И., Ермакова А.И., Глухов А.Н. и др. Лечение озонированным раствором под высоким давлением //Хирургия. - 1998. - №8. - с.23-24.
23. Васильев В.И., Марков И.И., Мумшидзе Р.Б. и др. Патогенетические механизмы озонотерапии при перитоните: Тезисы докладов научно-практической конференции «Возможности и перспективы диагностики и лечения в клинической практике». - М.,1992. - С. 28-29.
24. Веремеенко К.Н., Кизим А.И., Терзов А.И. Теоретические основы системной энзимотерапии. /Мат. науч. практ. конф. «Системная энзимотерапия при внутренней патологии». - Алматы. - 2003. - С. 4-12.
25. Воляк М.П. Місцева антибактеріально і сорбційна терапія в комплексному лікуванні абсцесів і флегмон щелепно-лицьової ділянки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Киев. - 1994. - 17 с.
26. Габитов В.Х., Любарский М.С., Рачковская Л.Н. и др. Лечебное применение энтеросорбента СУМС-1 /Метод. указание. - Бишкек. - 1995. - 25 с.
27. Габитов В.Х., Нимаев В.В., Шумнов О.А. Способ некролиза при гнойных ранах на фоне сахарного диабета /Мат. IV-Чуйской международ. научн. практ. конф. - Бишкек. - 1998. - С.23.
28. Гольдберг В.Л. Применение антиоксиданта гипоксен в комплексном лечении одонтогенных флегмон. Автореф. дис.... канд. мед. наук. - М., 2002. - 19с.
29. Гостищев В.К., Ханин А.Г. Клинико-цитологические особенности местного лечения вялогранулирующих ран мягких тканей 0,2% раствором куриозина во II фазе раневого процесса// Хирургия. - 1999. - №10. - С. 72-74.
30. Губин М.А., Чирко Е.И., Харитонов Ю.М. Диагностика и лечение одонтогенного медиастинита. // Вест. Хирургии. - 1996. - №3. - С.12-15.
31. Даулбаева А.А., Применение озонированных растворов

в комплексном лечении мягко-тканых травматических ран челюстно-лицевой области: Автореф. дис... канд. мед. наук. Бишкек. – 2002. – 25

32. Дадченко Б.М. Современные возможности и перспективы местного медикаментозного лечения гнойных ран. Местное лечение ран //Всесоюз. научн. конф. – М. – 1991. – С.55-58.

33. Дерябин Е.Н. Мацулевич Т.В., Козлиных Ю.В. и др. Местное применение зуботоников при комплексном лечении гнойной раны ЧЛО //Стоматология. – 2000. – №6. – С. 31-34.

34. Дурново Е.А., Киняпина И.Д. Влияние озонотерапии на динамику спектра белков периферической крови у больных с флегмонами лица и шеи. //Стоматология. – 1999. – №5. – с.31-34.

35. Дурново Е.А., Фурман И.В. Клинические результаты применения перфторана в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами. //Стоматология. – 2007. – №4. – С.35-39.

36. Дурново Е.А. Обоснование использования озона в комплексном лечении флегмон лица и шеи.: Автореф. дис.канд. мед. наук. – Нижний Новгород. – 1998. – 27 с.

37. Дюсупов К.Б., Кенбаев В.О., Дауреханов А.М. Применение системной энзимотерапии в комплексном лечении гнойной раны челюстно-лицевой области. //Проблемы стоматологии. – 2007. – №1 (35) – С.52-53.

38. Естественный комплекс цитокинов в лечении проникающих ранений роговицы глаза кролика в эксперименте /Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Крайнова Т.А. и др. //Бюлл. эксперимент, биологии и медицины. – 1993. – № 3 -С. 284 - 286.

39. Ефименко Н.А., Нусеин О.Н. Применение сорбционных материалов в комплексном лечении гнойных ран //Военно-медицинский журнал. – 1998. – №7. – С.28-32.

40. Ефимов Ю.В. Эффективность использования внутрикостных инфузий 0,03% раствора Na гипохлорида в комплексной терапии больных с травматическим остеомиелитом нижней челюсти //Стоматология. – 2003.- №6. – С.32-33.

41. Жартыбаев Р.Н. Совершенствование оказания стоматологической помощи больным с сахарным диабетом в республике Казахстан: Автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук. – Алматы, - 2004. – 46 с.

42. Ивасенко П.И., Сысолятин П.Г., Гончар А.М. и др. Применение иммунизации при лечении хронического паротита и болезни Шегрена. /Мат. II съезда Стоматологической Ассоциации (общероссийской). – Волгоград. -1994. – С. 100-103.

43. Иманкулов Б.И., Кендибаева Дж. Ж. Использование природных минеральных вод Кыргызстана для стоматологии. Актуальные вопросы современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. /Сб. науч. тр. посвященной 60-летию проф. Сабуровой Л.Б. – Бишкек. - 2000. – С.24-27.

44. Исаков М.Ш., Бишенов К.С., Кашаганов К.А. и др. Особенности лечения одонтогенных флегмон в зависимости от фазы течения раневого процесса // Dentist. Казахстан. – 2006. – №2. – С. 59-61

45. Кабанов А.Н., Осинцев Е.Ю. Применение гидрофильного сорбента гелевин в сочетании с физическими методами воздействия в комплексном лечении обширных гнойных ран // Мат. II-международ. конф. – М. –1995. – С.172-174.

46. Карандашов В.И. Патогенез, клиника и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний лица и шеи. Автореф. дис. д-ра. мед. наук. – М., 1998. – 33 с.

47. Касенова Н.С. Совершенствование комплексного лечения фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области с применением Пиобактериофага «Фагио» и мази «Гипофур»: Дис.канд. мед. наук. - Бишкек. – 2014.- 150 с.

48. Кашкова Э.К., Каршиев Х.К., Мухаммадиев К.Р. и др. Изменение некоторых показателей эндотоксемии при комплексном лечении флегмон ЧЛО с включением гипохлорида

натрия //Stomatologiya. – 2000. – №3. – С.25 - 26.

49. Кеннет С. Фридман Новый раствор серебра (информационное пособие). – М. – Корал Клуб. – 2001. – 48 с.

50. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) под ред. А.Г. Шаргородского. -М.: ГЭОТАР- МЕД. - 2002. - 528с.

51. Коломиец Л.И. Эффективность эктерицида, ДМСО и оксациллина при лечении острых одонтогенных воспалительных заболеваний челюстей //Стоматология. – 1981. – №4. – С. 33-34.

52. Конторщикова К. Н. Биохимические основы эффективности озонотерапии: Озонотерапия в клинической медицине. – М. -1995. – 260 с.

53. Коротких Н.Г., Лазутиков О.В., Дмитриев В.Ю. Влияние озона на микробиологические характеристики ротовой жидкости у больных с переломами нижней челюсти.// Стоматология. – 2000. -Т.79, - №2. - с. 20-21.

54. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция.– М., Медицина. -1990. -592 с.

55. Кулаков А.А., Гайворонская Т.В., Петросян Н.Э. и др. Коррекция свободнорадикальных процессов при комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области. //Клиническая стоматология. – 2008. -№2. - С.48-50.

56. Лазутиков О.В., Лунев Б.М. Применение озонированных растворов в комплексном лечении одонтогенных гнилостно-некротических флегмон ЧЛО и шеи //Стоматология. Спец. выпуск. Мат. III-съезда стоматологической ассоциации (Общероссийской). – М. - 1996. – с.64-65.

57. Левенец А.А., Маругина Т.Л. Особенности течения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области (часть III). Принципы лечения //Первая краевая. – 2001. – С.18-22.

58. Левенец А.А., Чучунов А.А. Одонтогенная флегмона челюстно-лицевой области //Стоматология. – 2006. - №3. – С.27-29.

59. Левенец А.А., Шувалов С.М. Микробиологическая характеристика одонтогенных флегмон дна полости рта, шеи и средостения. //Стоматология. – 1987. - №4. – С.25-26.

60. Любарский М.С., Летягин Л.Ю. Габитов В.Х. и др. Сорбционные углеродминеральные препараты гнойно-септической хирургии /СО РАМН Институт клинической и экспериментальной лимфологии. – Бишкек – Новосибирск – Санкт-Петербург: Илим. – 1994. – 190 с.

61. Мадаминов А.М. Оптимизация хирургического лечения острого парапроктита с применением сорбционных и лимфогенных технологий: Автореф. дисс. ...д-ра. мед. наук. – Бишкек. – 2002. – 86 с.

62. Маликова С.Г., Путалова И.Н. Морфология регионарных лимфатических узлов при одонтогенных флегмонах челюстно-лицевой области. /Проблемы лимфологии и интерстициального массопереноса. Тр. ГУ НИИК и ЭЛ СО РАМН. – Новосибирск. 2004. – Т.10. – Ч.1. – С.274-275.

63. Мурадов Р.Н. Ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с поверхностными флегмонами челюстно-лицевой области с использованием инновационных технологий.// Здравоохранение Кыргызстана.-2010.-№3.-С. 187-193.

64. Мясников А.Д., Атаев А.Р. Применение серебряных электродов в лечении гнойных заболеваний мягких тканей /Тез. докл. международ. конф. Раны и раневая инфекция. – М.: 1993. – Ч.1. – С. 28-30.

65. Новые перевязочные материалы на основе микробных полисахаридов /Балин В.Н., Шамолина И.И., Балин Д.В., и др.//Новые технологии в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - СПб, 1996. - С. 41 – 42.

66. Павлов В.В., Плешаков В.П., Майбородин И.В. Осложнения сорбционно-аппликационной терапии гнойных ран //Хирургия. – 1999. -№1. - С. 12-13.

67. Палкин Н.Д., Чекаев В.В. Гипохлорид натрия в профилактике гнойных осложнений послеоперационных ран // Хирургия. – 2000. - №4. - С.56.
68. Педдер В.В., Сергиенко Г.Г., Максимов В.И. Озоно-ультразвуковые технологии в лечении раневой инфекции и опасных болезней. Новые медицинские технологии на основе отечественного оборудования. Омск. – 1998. – С. 63-73.
69. Перминов А.М. Комплексное лечение одонтогенных флегмон лица и шеи с использованием полимерного дренирующего сорбента «Регенкур»: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1992. - 22 с.
70. Петропавловская О.Ю. Применение рекомбинантного интерлейкина-1 бета человека при лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. - СПб., 1999. -16 с.
71. Полякова В.В. Применение углекислотного и гелий-неонового лазерного излучения в комплексном лечении больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. - М., 1988. - 21 с.
72. Рачковская Л.Н., Бурмистров В.А., Кривошеев Б.К. и др. Опыт применения серебросодержащей пудры – сорбента СИАЛ-С. Мат. 4-й Чуйской международ. научн. практ. конф. – Бишкек. – 1998. – С. 120-121.
73. Робустова Т.Г. Динамика частоты и тяжести одонтогенных заболеваний за 50 лет (1955-2004) // Стоматология. - 2007. - №3. - С. 63-66.
74. Роганин М.У., Котова А.Л., Суние Т.К. Клинико-микробиологическое обоснование применения лактобактерина в лечении гнойных ран лица. // Тез. докл. Междунар. конф. «Раны и раневая инфекция». М., 1993, Ч.2. – С. 284-285.
75. Рудаков С.Ю., Филиппович Г.В. Опыт применения натрия гипохлорида в комплексном лечении перитонита. // Вестник хир. – 1996. - Т.155, - №3. – С. 78-79.
76. Сагатбаев Д.С., Чуманов Н.Н. Особенности клинического течения и лечения фурункулов и карбункулов лица у пациентов с инсулинозависимой формой сахарного диабета // Проблемы стоматологии. - 2005. - №1. - С. 42-44.
77. Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. – М.: Мед. пресс., 2003. – 230 с.
78. Соловьев М.М., Тец В.В., Бобров А.П. и др. Применение фермента дезоксирибонуклеазы у больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области. // Стоматология. – 2006. - №6. – С. 40-45.
79. Согуев А.А. Местная сорбционно-дегидратационная терапия гнойных ран. – Бишкек. – 1998. – 272 с.
80. Стародубцев Б.С., Биберман Я.М. Местное лечение гнойных ран челюстно-лицевой области. // Стоматология, спец. выпуск. Материал III – съезда стоматологической ассоциации (общероссийской). – М., 1996. – С. 78-79.
81. Талипов Н.О. Оценка эффективности мази гипофур при лечении гнойных ран (экспериментально-клиническое исследование): Автореферат дис. ... канд. мед. наук. - Бишкек. – 2014. - 21 с.
82. Тимофеев А.А. Основы челюстно-лицевой хирургии: Учебное пособие. – М.: ООО “МИА”, 2007. - 696 с.
83. 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.
84. Толстых П.И., Шаронов Н.Х., Филатов В.Н. и др. Имобилизованные металлокомплексы – новое перспективное направление в лечении гнойных ран. // Раны и раневая инфекция. / Тез. международ. конф. – Москва. – 1993. – С. 41.
85. Тулеуов К.Т., Шалабаев О.Д., Килымжанова Б.Т. и др. Влияние селективной детоксикации центральной нервной системы на уровень токсичности артериальной крови у больных с флегмонами челюстно-лицевой области // Проблемы стоматологии. – Алматы. – 2000. - №2. – С. 31-33.
86. Усенбеков Р.Т. Использование куриозина и гипербарической оксигенации в комбинированном лечении синдрома диабетической стопы: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Бишкек – 2003. - 24 с.
87. Ургуналиев Б.К. Прогнозирование и профилактика одонтогенного медиастинаита при глубокой флегмоне шеи и дна полости рта: Дисс...канд.мед.наук. – Бишкек. – 2008. – 138 с.
88. Хоменко Л.А., Репета Е.Г. Сорбционная терапия в клинической стоматологии // Вісник стоматології. – 1997. - №2. – С. 243-246.
89. Шаргородский А.Г., Забелин А.С., Федорова Г.Г. и др. Комплексное лечение больных прогрессирующими флегмонами челюстно-лицевой области // Стоматология. -2005. -№2. - С. 32-34.
90. Шаяхметов Д.Б., Кыдыкбаева Н.Ж. Использование углеродминерального сорбента СУМС-1 в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и эрозивно-язвенных поражений губ // Актуальные вопросы современной стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Сб. науч. тр. – Бишкек. – 2000. – С. 138-142.
91. Шейнман В.Ю., Ковалев А.П., Мурадов Р.Н. Современные подходы к активному лечению флегмон в челюстно-лицевой области // Проблемы стоматологии. – Алматы. – 2002. - №4. – С. 51-52.
92. Шин Ф.Е. Лечение гнойных ран кремнийорганическими сорбентами с комплексным применением сорбента аэросила с УФ-О аутокрови (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дис...канд. мед. наук. – М., 1995. – 18 с.
93. Эшбадалов Х.Ю. Суперсорбид в комплексном лечении острых гнойных воспалительных процессов челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2005. – Т. 84. - №2. – С. 36-37.
94. Ю.Глухов А.А. К оценке антимикробного действия озона при местном его применении // Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины. - Воронеж, 1995. - С. 11 – 12.
95. Bocci V. Autohaemotherapy after treatment of blood with ozone // A reappraisal. J Int. Med. Res. – 1994. - Vol.3. – P.131-144
96. Crus O., Menendes S., Martinez V. et al. Applications of ozonized oil in the treatment of alveolitis // Abstracts of 2 International Symposium on ozone applications. – Havana. – 1997. – P. 71-72.
97. Deitch E.A., Marino A.A. Gillespie Silver – nylon: a new antimicrobial agent // Antimicrob. Agents and Chemoter. - 1983. - №3. - P.356-359.
98. Delvin R.V., Mckinnon K.L., Noah T. et al. // Amer. J. physiol. - 1994. - Vol. 266. - №6. - Pi. 1. - P. 1612 - 1619.
99. Fernandez C N R Merina Diaz R Serrano del C Minimal inhibitory and bactericidal concentrations of some antiseptics and disinfectants against strains of hospital origin // Rev-Latinoam-Mikrobiol. – 1992. - №1. – P. 1-6
100. Garder M.L.G., Steffens K.J. Absorption of orally administered enzymes. // Springer – Verlag, Berlin, Heideneberg, New York. 1996. – 96 p.
101. Patino J.F., Holguin F., Prada G. et. al. Necrotizing infections of shin and soft tissues // 31 St. Congress of the international Society of Surgery – Paris. – 1985. – 312 p.
102. Simonetti N Simonetti G Bouniol F Electrochemical Ag+ for preservative use // Appl-Environ-Microbiol. - 1992. - №12. – P. 3834-3836
103. Stopka P. Озон. Физические, химические, биологические характеристики и свойства озона, его местонахождение в природе, обнаружение и использование // Новое в стоматологии. - 2005. - №4. - С.80-83.
104. 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.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАЦИЙ
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

Тажибаев А.Ю.

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

Резюме. Для профилактики перфоративного гайморита больным проведено лечение в зависимости от вида травмы пазухи. Ближайшие и отдаленные результаты наблюдения за больными показали эффективность предлагаемых способов лечения перфорации верхнечелюстной пазухи.

Ключевые слова: верхнечелюстная пазуха, перфорация гайморовой пазухи, перфоративный верхнечелюстной синусит.

ҮСТҮНКҮ ЖААКТЫН КОБУЛУН ТЕШИЛГЕНИН
АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО

Тажибаев А.Ю.

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

Корутунду. Гайморо кобулун тешилгенден кийинки ириңдешинин профилактикасы жаны дарылоо усулдары менен жүргүзүлгөн. Бул ыкмалардын эффективдүүлүгү оорулуларды жакынкы жана узак мөөнөттө кароодо байкалган.

Негизги сөздөр: үстүнкү жаактын кобулу, гайморо кобулун тешилүүсү жана ириңдеш.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PERFORATION OF THE MAXILLAR SINUS

Tajibaev A.U.

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

Resume. For the prevention of perforated sinusitis underwent surgical-conservative treatment is depending on the type of injury sinus. Immediate and long-term results monitoring of patients have shown the effectiveness of the proposed methods for treating perforations of the maxillary sinus.

Key words: maxillary sinus, perforation of maxillary sinus and sinusitis.

Проблему лечения и особенно профилактику заболеваний верхнечелюстного синуса нельзя считать окончательно решенной, несмотря на длительную историю ее изучения [5,6].

Специалисты, занимающиеся лечением верхнечелюстных синуситов, часто недооценивают причинно-следственную связь синусита с заболеваниями зубов, что приводит к диагностическим ошибкам.

Согласно данным многочисленных авторов, количество больных с хроническими одонтогенными и перфоративными синуситами увеличивается ежегодно на 1,5-2% и не имеет тенденции к снижению [5,6].

Существует много приемов пластики костного дефекта нижней стенки верхнечелюстных пазух с использованием различных материалов и биополимеров. Несмотря на это на долю перфоративных гайморитов приходится от 20 до 40% пациентов и они представляют серьезную проблему хирургической стоматологии.

Применение многих синтетических материалов позволяют восстановить анатомический рельеф пазух. Однако при этом остается большой риск инфицирования трансплантата и окружающих тканей. Эти препараты в основном импортируются, поэтому они на сегодняшний день отличаются дороговизной [4].

Результаты пластики перфорационного отверстия после удаления зубов не всегда положительные. Инфицирование и особенно травматизация слизистой пазухи приводят к некрозу и воспалению с последующим образованию полипозных разрастаний.

Не менее актуальной является проблема

использования способов точной диагностики объема, характера и локализации патологических изменений при воспалительных процессах в периодонте с целью планирования методики оперативного вмешательства, а также для контроля в послеоперационном периоде [2,3].

Наиболее доступный традиционный рентгенологический метод не вполне точно определяет истинную картину изменений в пазухе, обнаруживаемую во время операций. Процент совпадений составляет 86,2-96% [1].

Наиболее современным методом лучевой диагностики является метод мультиспиральной компьютерной томографии, который позволяет максимально точно визуализировать анатомические структуры в любых плоскостях и в трёхмерном изображении. Использование данного метода в планируемом исследовании позволит максимально объективизировать результаты обследования [7].

Цель исследования: повышение эффективности профилактики перфоративных верхнечелюстных синуситов.

Материал и методы исследования.

Диагностика и лечение 72-х больных с перфорациями верхнечелюстной пазухи проводились на базе ГСП №4 города Бишкек с 2009 года. При обследовании больных с повреждениями стенок верхнечелюстной пазухи выявлены различные клинические особенности, поэтому нами составлены следующие варианты клинических признаков данной патологии.

Вариант 1. Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи после удаления зуба без признаков

воспаления верхнечелюстной пазухи.

Местные проявления:

- лунка удаленного зуба зияет, края лунки разможженные

- положительная носо-воздушная проба

- при зондировании зонд свободно проходит в полость пазухи через лунку удаленного зуба.

Вариант 2. Прободение дна верхнечелюстной пазухи с локализацией инородного тела (корней зубов, пломбировочная масса, имплантат) в полости пазухи без признаков воспаления.

А. после операции удаления зуба.

- лунка удаленного зуба зияет, отмечается повреждение слизистой краев лунки.

- положительная носо-воздушная проба

- при зондировании, зонд оказывается в полости пазухи.

- на рентгенографии инородное тело в верхнечелюстной пазухе.

Б. после пломбировки корневых каналов зуба

-при перкуссии пломбированного зуба появляется резкая боль

-на контрольной рентгенографии отмечается наличие инородного тела в полости пазухи в пределах пломбированного зуба.

В. Прободение дна гайморовой пазухи имплантом.

-при зондировании отмечается прободение дна пазухи

-на контрольной рентгенографии отмечается наличие инородного тела в полости пазухи.

Вариант 3. Деформация костного рельефа дна верхнечелюстной пазухи без нарушения целостности слизистой оболочки пазухи.

-кистозная оболочка оттесняет слизистую оболочку пазухи

-носо-воздушная проба отрицательна

-на рентгенографии одонтогенные кистозные образования, проросшие в полость верхнечелюстной пазухи

Вариант 4. Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи при хроническом одонтогенном полипозном гайморите.

-лунка удаленного зуба зияет, слизистая края лунки разможженные

- носо-воздушная проба отрицательно при выдохе из-за полипов слизистой пазухи

- при зондировании зонд проваливается в полость пазухи.

-на рентгенографии снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи и наличия патологического процесса в периодонте причинного зуба.

Вариант 5. Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи при обострении одонтогенного верхнечелюстного синусита.

-лунка удаленного зуба зияет, края лунки удаленного зуба разможженные.

-отмечается выделение гноя с резким запахом из лунки удаленного зуба.

- при зондировании зонд проваливается в полость пазухи.

В зависимости от клинических вариантов нами предложены следующие виды лечения.

Вариант 1. Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи без признаков воспаления.

Под местной анестезией выкраивают трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут с щеки или языкообразный с неба, далее мобилизация и образование тоннеля между надкостницей и слизистой с противоположной стороны, в лунку вводят остеопластический материал с изоляционной пленкой пропитанной антибиотиками и проводят пластику перфорационного отверстия выкроенным лоскутом путем введения дезэпителизованного края лоскута в образованный тоннель.

Вариант 2. Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи с локализацией инородного тела в полости пазухи

Под местной анестезией выкраивают слизисто-надкостничный лоскут и мобилизуют, расширяют края костного дефекта, удаляют инородные тела, обрабатывают полость пазухи антисептическими растворами и проводят пластику перфорационного отверстия.

Вариант 3. Деформация костного рельефа дна верхнечелюстной пазухи без нарушения целостности слизистой оболочки пазухи.

Под местной анестезией выкраивают и мобилизуют слизисто-надкостничный лоскут, расширяют края костного дефекта, цистэктомия проводят сохраняя целостность слизистой пазухи, костный дефект заполняют остеопластический материалом и проводят пластику дефекта выкроенным лоскутом.

Вариант 4. Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи при хроническом одонтогенном полипозном гайморите.

Под местной анестезией выкраивают и мобилизуют слизисто-надкостничный лоскут, расширяют края костного дефекта, удаляют полипозные разрастания с патологически измененной слизистой оболочки и обрабатывают полость пазухи антисептическими растворами, далее проводят пластику перфорационного отверстия выкроенным лоскутом. Временная остановка кровотечения по ходу операции проводится с 3% раствором перекисью водорода.

Вариант 5. Перфорация слизистой верхнечелюстной пазухи с экссудативным воспалением.

Полость пазухи через лунку удаленного зуба промывают ежедневно антисептическими растворами, в полость вводят антибиотики, затем временно закрывают временным obturatorом дефект пластинкой, изготовленной из силикатных слепочных материалов на 1 сутки. До 3-4-х суток ежедневно проводят перевязку по этой методике. Пластику перфорационного отверстия по предлагаемой методике производят после стихания острых воспалительных явлений.

После проведения хирургического вмешательства всем больным назначают противовоспалительное, общеукрепляющее, физиотерапевтическое и симптоматическое лечение.

Клинические методы исследования традиционно включали выявление жалоб пациента, данных анамнеза,



Рис. 1. Перфорация верхнечелюстной пазухи с инородным телом в полости (корень зуба)

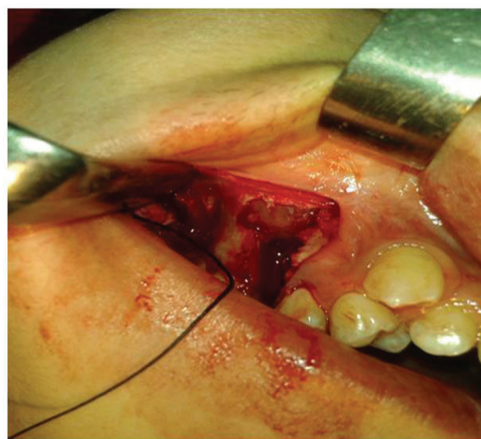


Рис. 2. Закупорка перфорационного отверстия пазухи после удаления зуба полипозными разрастаниями слизистой оболочки пазухи



Рис. 3. Радикулярная киста 22 зуба проросшая в верхнечелюстную пазуху без нарушения целостности слизистой оболочки.



Рис. 4. Обострившийся хронический одонтогенный левосторонний гнойный гайморит. Отмечается выделение гнойного экссудата из лунки удаленного зуба

а также осмотр, пальпацию, зондирование и проведение диагностических проб.

Для подтверждения эффективности разработанных схем лечения больных был использован комплекс современных методов исследования, включающий помимо клинических методов исследования рентгенологический метод исследования верхнечелюстной пазухи и причинного зуба. При анализе данных рентгенологических методов обследования обращали внимание на локализацию и степень пролиферативных изменений в верхнечелюстной пазухе; определяли объём и локализацию костного дефекта в области дна пазухи; выявляли очаги хронической одонтогенной инфекции; исследовали состояние полости носа и придаточные пазухи на наличие патологических изменений.

В послеоперационном периоде для оценки результатов лечения анализировали выраженность послеоперационных воспалительных явлений, состоятельность швов, степень и характер экссудата, а также причины развития ранних и отдалённых осложнений.

В отдалённом послеоперационном периоде рентгенологическое обследование повторяли через 1 и 6 месяцев после операции с целью контроля качества лечения и выявления возможных рецидивов.

Результаты исследования.

Наблюдения за пациентами проводились во время ежедневного амбулаторного приема. Жалобы больных впервые дни после операции во всех вариантах перфорации верхнечелюстной пазухи были почти схожими. Пациенты отмечали болезненность, ощущение тяжести и появление отеков мягких тканей лица на пораженной стороне. Местные изменения кроме 5-го варианта патологии характеризовались отечностью слизисто-надкостничного лоскута, состояние швов были удовлетворительными.

При перфорации верхнечелюстной пазухи с экссудативным воспалением (5-й вариант) в течение 2-3 суток промывная жидкость оставалась мутной, но без запаха. Больные отмечали быстрое улучшение самочувствия, нормализацию температуры тела и отсутствие головных болей и ощущения тяжести на пораженной стороне. Этой группе больных после

стихания острых воспалительных явлений проводилась операция устранения свищевого хода пластикой слизистой-надкостничным лоскутом по предлагаемой методике. Всем больным швы удалены на 9-10 сутки после операции.

Послеоперационное течение у больных на 10-12 сутки кроме 2-х случаев по 5 варианту протекало без осложнений. Всем пациентам были назначены антибиотики широкого спектра действия в виде внутримышечных инъекций, предпочтение при выборе оказывалось антибиотикам цефалоспоринового ряда, также назначали сосудосуживающие препараты в виде капель в полость носа.

Через 1 месяц после проведенного лечения контрольное обследование провели у 57 больных. Клиническое исследование показало удовлетворительное общее состояние больных, отсутствие жалоб, полноценное восстановление носового дыхания и обоняния. Учитывая перечисленные данные, нами принято решение не использовать рентгеновские исследования для контроля на этом этапе наблюдения.

Контрольные клинико-рентгенологические данные через 2 месяца после проведения лечения у 43 больных показали отсутствия воспалительных явлений в пораженной верхнечелюстной пазухе. У 2-х больных с пятым вариантом, перфорации пазухи выявлены признаки хронического воспаления гайморовой пазухи и им проведена операция радикальная гайморотомия и консервативное лечение в стационарных условиях.

Клинико-рентгенологическое обследование через 6 месяцев после лечения по предлагаемой нами методике проведены у 28 больных. При этом удовлетворительные результаты лечения отмечены у 27. У одного больного с перфорации верхнечелюстной пазухи при 4 варианте патологии. Рентгенологические данные этого пациента подтверждали наличие пристеночных изменений верхнечелюстной пазухи и больному проведена операция радикальная гайморотомия по Колдуэлл-Люкку.

Таким образом, клинико-рентгенологические проявления перфорации верхнечелюстной пазухи могут быть различными, поэтому диагностику необходимо проводить с учетом предшествующих этиопатогенетических факторов.

Клиническую диагностику для обнаружения сообщения между пазухой и полостью рта необходимо осуществлять проведением носо-воздушной пробы не только при выдохе при закрытых ноздрах, но и при вдохе.

Применение современных цифровых рентгенологических диагностических методов способствует определению более точной локализации инородных тел в полости пазухи.

Для профилактики развития перфоративного гайморита необходимо применение соответствующих адекватных методов лечения.

Литература:

1. Бирюлев А.А., Шулаков В.В., Лежнев Д.А., Лузина В.В., Мазур Л.Г. Значение компьютерной томографии при оценке нарушений архитектоники внутриносовых структур у больных с хроническими верхнечелюстными синуситами // Сб. науч. тр. XVI Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов / СМАПО. - СПб, 2011. - 41 с.
2. Иорданишвили А.К., Лукьянов С.А., Музыкин М.И., Никитенко В.В. Способ профилактики осложнений при этиологическом лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у людей старших возрастных групп / А.К. Иорданишвили, С.А. Лукьянов, М.И. Музыкин, В.В. Никитенко // Инновационная деятельность в Вооруженных силах Российской Федерации. - СПб.: ВАС, 2012. - 174 с.
3. Иорданишвили А.К., Никитенко В.В., Музыкин М.И., Сериков А. А. К истории изучения анатомических и клинических особенностей верхнечелюстных пазух человека / А.К. Иорданишвили, В.В. Никитенко, М.И. Музыкин, А.А. Сериков // Зубоврачевание в России: история и современность. - М.: МГМСУ, 2012. - С. 98-100.
4. Лесогоров С.Ф. Совершенствование хирургического лечения хронического одонтогенного перфоративного гайморита пластикой ороантрального свища с применением аутоплазменной биомембраны. Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. - Бишкек, 2012. - 18с.
5. Пальчун В.Т., Гуров А.В., Мужичкова А.В. Эпидемиологические аспекты синусита и основные подходы к лечению / В. Т. Пальчун, А.В. Гуров, А.В. Мужичкова // Материалы IX Всероссийской конференции оториноларингологов. - Москва, 2010. - 201 с.
6. Пальчун В.Т., Михалева Л.М., Гуров А.В., Мужичкова А.В. Основные клинико-морфологические особенности формирования хронического воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе / В. Т. Пальчун, Л.М. Михалева, А.В. Гуров, А.В. Мужичкова // Вестник Российского Государственного Медицинского Университета. - Москва, 2011. - № 4. - С. 45-48.
7. Харламов А.А., Серова Н.С. Клинико-рентгенологическая оценка результатов операции синуслифтинг с помощью цифровой объемной томографии // Сборник трудов 32 итоговой конференции молодых ученых МГМСУ. - М., 2010. - 420 с.

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГАЙМОРИТА

Тажибаев А.Ю.

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

Резюме. Для профилактики развития травматического гайморита у 18 больных при посттравматическом гемосинусе проведено лечение с антибиотиками и ферментами путем введения их через дренажной трубки. Ближайшие и отдаленные результаты наблюдения показали эффективность данного способа.

Ключевые слова: верхнечелюстная пазуха, гемосинус, перфорация гайморовой пазухи

ТРАВМАЛЫК ГАЙМОРИТТИН ПРОФИЛАКТИКАСЫ

Тажибаев А.Ю.

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

Корутунду. 18 оорунун травмадан кийин гаймора кобулусу тешилип кан менен толгон учурда аларды ириндеп кетишин алдын алууда антибиотиктер жана ферменттер жергиликтүү түтүк аркылуу колдонулган. Бул усулдун эффективтүүлүгү ооруларды жакынкы жана узак мөөнөттө кароодо байкалган.

Негизги сөздөр: үстүнкү жаактын кобулу, гаймора кобулун тешилүүсү жана кан менен толуусу.

THE PREVENTION OF TRAUMATIC MAXILLARY SINUSITIS

Tajibaev A.U.

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

Resume. For prevention of traumatic maxillary sinusitis of 18 patients about drain were used antibiotics and enzymatic preparations. The near future and remote follow-up period behind patients was showed given effectiveness way.

Key words: maxillary sinus, maxillary sinus perforation and haemosinus.

Травматические повреждения верхней челюстной пазухи часто сопровождается с переломами других соседних костей лица. В связи с этим лечение больных этой категории осуществляется в отделениях челюстно-лицевой хирургии или лор болезней больниц [1].

Между тем, нередко на практике наблюдается изолированные травмы гайморовой пазухи с проникновением инородных тел в полость верхнечелюстного синуса [2].

Травматический гайморит верхней челюстной пазухи в большинстве случаев встречаются как производственная травма у плотников и слесарей [3].

По данным многих авторов при инфицировании верхнечелюстной пазухи на 2-ые-3-ие сутки развивается острый травматический синусит из-за нагноения кровяного сгустка, заполнившего полость пазухи [4].

Течение воспалительных явлений при травмах верхнечелюстной пазухи отягощаются из-за наличия проникающих открытых ран. Такие раны часто нагнаиваются и приводят к расхождению краев ран, тем самым способствуют формированию наружных свищей [5].

Применение современных методов удаления инородных тел из полости пазухи с применением эндоскопических инструментов способствует профилактике дополнительной травмы пазухи, но требует наличия дорогостоящих импортных установок [6, 7].

Целью нашего исследования явилась разработка оптимальных способов профилактики развития травматического гайморита при травматических повреждениях верхнечелюстной пазухи с явлениями гемосинуса.

Материал и методика.

Под наблюдением находились 18 больных с проникающими ранениями верхнечелюстной пазухи в

возрасте от 23-х до 42-х лет. Из них 13 мужчин и 5 женщин.

В 7-и случаях наблюдения травмирующими агентами были стальные гвозди. В 4-х случаях карборундовые диски, в 3-х наблюдениях - дробовые пули, а 4-х железные прутья и арматура. В нескольких случаях больные даже не подозревали о наличии инородных тел в полости пазухи и повреждении стенок верхней челюсти.

Больные в 95% наблюдений обратились за помощью в течение первых суток после травмы. В 75% наблюдениях травмы встречались при работе с токарными и столярными инструментами из-за нарушения правил техники безопасности. В 11-и случаях инородные тела находились непосредственно в полости пазухи, а в остальных случаях были извлечены больными до приема врача. Всем больным проводили клинические и рентгенологические обследования в момент обращения.

В день обращения больным под местной инфильтрационной и аппликационной анестезией производили первично хирургическую обработку ран. При проведении ревизии полости пазухи инородные тела были извлечены при помощи зажимов через перфорационное отверстие, при необходимости производили расширение краев костной раны костными кусачками или борами.

Полость верхнечелюстной пазухи промывали теплыми антисептическими растворами 2-3 раза, до получения прозрачной жидкости.

Для остановки кровотечения в процессе операции местно использовали 3% раствор перекиси водорода.

Кровоостанавливающие препараты назначали для профилактики повторного кровотечения при отсутствии противопоказаний. Послеоперационную рану наглухо ушивали узловыми швами.

Под аппликационной и инфильтрационной анестезией иглой Куликовского производили прокол

медиальной стенки пазухи через нижний носовой ход и через иглу в пазуху вводили поливинилхлоридную трубку, которую оставляли сроком до 5 суток.

Противовоспалительное применение антибиотиков проводилось с профилактической целью, учитывая инфицированность пазухи. Для этого больные получали внутримышечно антибиотики два раза в день после внутривенной пробы на курс 12-14 инъекций. Ежедневно полость пазухи промывали теплыми антисептическими растворами через дренажную трубочку.

В полость пазух вводили те же антибиотики при отсутствии аллергической реакции и ферментные препараты (химотрипсин, трипсин).

Учитывая наличие открытой травмы, все больные получали профилактические прививки противостолбнячным анатоксином в день обращения. Клинические и рентгенологические обследования и наблюдение за больными проводили в течение до 6 месяцев.

Результаты исследования и их обсуждения.

Наблюдения за пациентами проводились ежедневно. В послеоперационном периоде жалобы больных на боли и отеки сохранялись до 3-4 суток. Выделения из пазухи были сукровичными в течении 2-3-х суток. У 16 больных раны затянулись первичным натяжением. У 2-х пациентов края раны разошлись на 4-е сутки и из раны отмечались сукровично-гнойные выделения с резким запахом. Этим больным назначены частые промывания полости пазухи с теплыми растворами фурациллина до 6-8 раз в день через трубку и замена применяемого антибиотика. После проведенного лечения признаки гнойного воспаления на 7-8 сутки были ликвидированы. Швы и дренажные трубки снимали на 7-9 сутки после операции.

На 15 сутки у одного больного в связи появлением головных болей и гнойных выделений из носа был проведен повторный прокол и промывание полости пазухи с применением антисептиков, антибиотиков и ферментов. После местной и общей противовоспалительной терапии состояние больного улучшилось, и признаки воспаления пазухи в дальнейшем не проявлялись.

На 30 день после травмы контрольный осмотр проведен у 14 больных, которым проведены клинические и рентгенологические исследования.

Клинически у больных жалобы отсутствовали, носовое дыхание было одинаково свободными в здоровой и в пораженной стороне.

У одного больного рентгенологически выявлены пристеночные изменения слизистой пазухи в

переднебоковой области на месте прободения костной стенки.

На контрольной обзорной рентгенографии черепа полуаксиальной проекции у 10 больных костные края пораженных пазух были ровными, изменения состояния пазухи не выявлены.

Через 6 месяцев после травмы клинико-рентгенологическое обследование проведено у 9 пациентов. Больные особых жалоб не предъявляли. Носовые дыхания и обоняния были в пределах нормы. Рентгенографические исследования придаточных пазух носа у этих больных показало отсутствие патологических изменений.

Таким образом, причинами травматических гайморитов являются инфицирование крови и костных осколков в полости пазухи после травмы. Профилактику развития травматических гайморитов следует проводить в ранние сроки путем удаления инородных тел, костных осколков и скопившегося крови из пазухи при проведении первичной хирургической обработки. Применение временной дренажной трубки считаем удобным и доступным методом для ведения в полость антисептических растворов и лекарственных препаратов.

Местное применение антисептических препаратов, антибиотиков и ферментов способствует быстрой ликвидации последствий травмы пазухи тем самым, предотвращает развития воспалительных процессов в пазухе.

Литература:

1. Александров Н.М., Аржанцев П.З. Травмы челюстно-лицевой области. -М.: Медицина, 1986 С. 346-347 с.
2. Безруков В.М., Рабухина Е.А., Григорьянц Л.А. и др. Амбулаторная хирургическая стоматология // Руководство для врачей. - М., ООО Мед. информ. агентство. - 2002. - С. 45 -46.
3. Лопатин А.С. Катетеризация и принудительное дренирование околоносовых пазух / А. С. Лопатин, Г. З. Пискунов // Рос. ринология. 1995. -№1. - С.34-51.
4. Рязанцев С.В. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: метод, рекомендации / С.В. Рязанцев, Н.Н. Науменко, Г.П. Захарова. СПб., 2005. -115 с.
5. Эффективность местной иммунотерапии гнойных синуситов с использованием препаратов рекомбинантных интерлейкинов / М.С. Плужников, Г.В. Лавренова, Е.Б. Катинас и др. // Рос. ринология. 2002. - № 2. -С. 119-122.
6. Лесогоров С.Ф. Совершенствование хирургического лечения хронического одонтогенного перфоративного гайморита пластикой ороантрального свища с применением аутоплазменной биомембраны. Автореферат канд.дисс. Бишкек 2012 г. - 18с.
7. Moriyama H., Ozawa M., Honda Y. Endoscopic endonasal sinus surgery. Approaches and post-operative evaluation // Rhinology. 1991. - Vol. 29, №2. - P. 93 - 98.



Рис. 1. Фото больного А. С. 32 лет с переломом передней стенки верхнечелюстной пазухи и с инородным телом в полости пазухи слева (стальной гвоздь)

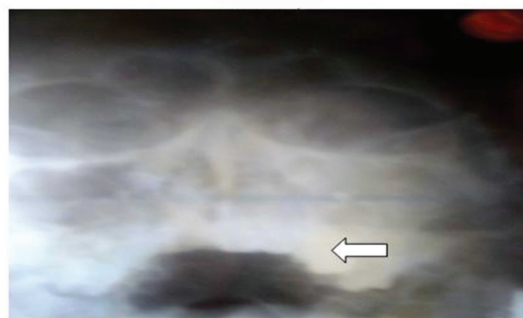


Рис. 2. Инородное тело верхнечелюстной пазухи пациента А. С. 32 лет.

ОСНОВНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПРЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОТРОФИЕЙ**Кудаяров Д.К., Вычигжанина Н.В., Мусуркулова Б.А.,
Борякин Ю.В., Молдогазиева А.С.**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведено исследование 152 недоношенных новорожденных ребенка с гестационным возрастом от 35 до 37 недель, разделенных на две группы – 50 условно здоровых новорожденных детей и 102 недоношенных новорожденных детей с I степенью пренатальной гипотрофии. Определено, что в течение первых 7 суток частота дыхания и сердцебиений у детей с пренатальной гипотрофией выше, чем у детей контрольной группы, в то время как систолическое и диастолическое давление у детей с пренатальной гипотрофией ниже. Появление переходного стула у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией в раннем неонатальном периоде затягивается, а потеря массы происходит быстрее и в большем объеме с последующим очень медленным восстановлением.

Ключевые слова: физическое развитие, недоношенные дети, пренатальная гипотрофия.

**АЗ САЛМАКТАГЫ АРА ТӨРӨЛГӨН ЫМЫРКАЙЛАРДЫН ӨСҮҮСҮНҮН
НЕГИЗГИ КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ****Кудаяров Д.К., Вычигжанина Н.В., Мусуркулова Б.А.,
Борякин Ю.В., Молдогазиева А.С.**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Неонатология курсу менен госпиталдык педиатрия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. 35 жумадан 37 жума аралыгында ара төрөлгөн 152 ымыркайга изилдөө жүргүзүлгөн. Алар 2 топко бөлүнгөн: 50 ымыркай шарттуу түрдө дени сак жана 102 ымыркай аз салмактагы ара төрөлгөндөр болгон. Биринчи 7 күн аралыгында аз салмактагы ымыркайлардын дем алуусу менен жүрөгүнүн согушу дени сак ымыркайлардыкына караганда жогору болгон, ал эми кан басымы төмөн болгон. Ошондой эле, аз салмактагы ара төрөлгөн ымыркайлар кеч туңгактаган жана салмагын көбүрөөк жоготуп, кайрадан калыбына кеч келген.

Негизги сөздөр: өсүү, ара төрөлгөн ымыркайлар, аз салмактуулук.

KEY PARAMETERS OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF PRETERM CHILDREN WITH PRENATAL HYPOTROPHY**Kudajarov D.K., Vychigzhanina N.V., Musurkulova B.A.,
Borjakin J.V., Moldogazieva A.S.**I.K. Ahunbaev Kyrgyz state medical academy
Chair of hospital pediatrics with course of neonatology
Bishkek c., Kyrgyz Republic

Resume. Research of 152 preterm newborns with gestational age from 35 up to 37 weeks divided into two groups – conditionally healthy 50 newborn children and 102 preterm newborns with prenatal hypotrophy of I degree – is carried out. It is defined, that within the first 7 days respiratory and heart rate in children with prenatal hypotrophy is higher, than in children of control group, while systolic and diastolic blood pressure in children with prenatal hypotrophy is more lower. Occurrence of a transitive stool in preterm children with prenatal hypotrophy in the early neonatal period is tightened, and body weight loss occurs faster and in larger volume with subsequent slow restoration.

Keywords: physical development, preterm children, prenatal hypotrophy.

Среди патологий новорожденных детей серьезной проблемой является пренатальная гипотрофия (задержка внутриутробного развития, ЗВУР). Около 40% детей рождаются с массой тела менее 2500 г, при этом 2/3 из них – дети с пренатальной гипотрофией. В Англии около 7% детей рождаются маловесными, из них 1/3 – с пренатальной гипотрофией, в странах Европы – около 2-3% [1,2,3,4,5,6]. При преждевременных родах ЗВУР встречается в 3,6 раза чаще (38,1%), чем при своевременных родах [4,5,6,7,8,9].

Недоношенные дети с пренатальной гипотрофией, значительно увеличивают уровень заболеваемости и смертности новорожденных детей. Частота ЗВУР увеличивается с уменьшением гестационного возраста. По данным российских исследователей, при сроке гестации 37-40 недель частота ЗВУР составляет 5,5%, при 34-36 недель

– 7,4%, при 31-33 недель – 9,4%, при 28-30 недель – 13,1% [4, 5,10]. Аналогичные данные получены исследователями и в США [11]. По данным ЮНИСЕФ (2010), в Кыргызстане неонатальная смертность недоношенных детей зависит от массы тела: у недоношенных детей с массой 1500-1999 г она составляет 22,5%, с массой 2000-2499 г – 8,5%.

Цель работы. Изучить особенности физического развития недоношенных новорожденных детей с пренатальной гипотрофией.

Материалы и методы исследования.

Нами обследовано 152 недоношенных новорожденных ребенка с гестационным возрастом от 35 до 37 недель, родившихся в родильном доме НЦОМид. Все недоношенные дети были подразделены на две группы. Первую группу (контрольную) составили 50

условно здоровых новорожденных детей, у которых в неонатальном периоде основной патологией была только недоношенность. Вторая группа (группа сравнения) состояла из 102 недоношенных новорожденных детей с I степенью пренатальной гипотрофией.

Результаты и обсуждение.

Нами проведено изучение основных параметров физического развития недоношенных детей с пренатальной гипотрофией при рождении (табл.1).

При анализе полученных данных обнаружено, что новорожденные дети группы сравнения при рождении отставали от контрольной группы по основным параметрам физического развития. Дефицит массы тела по отношению к длине тела составлял более 1,5 сигм (ниже 10% центиля). У недоношенных детей с пренатальной гипотрофией была снижена эластичность кожи, подкожный жировой слой был истончен, тургор тканей снижен, при этом показатели длины тела, окружности головы и окружности груди были в пределах нормы.

В отличие от детей контрольной группы, 74 (72,5%) ребенка группы сравнения родились в асфиксии средней и тяжелой степени. Оценка по шкале Апгар варьировала от 7 до 2 баллов на первой и пятой минутах жизни. В родильном зале им была оказана первичная реанимационная помощь.

При изучении частоты дыхания в раннем неонатальном периоде у детей обеих групп отмечалась общая закономерность: с возрастом частота дыхания уменьшалась (табл.2).

Частота дыхания у детей с пренатальной гипотрофией оказалась выше, чем у детей контрольной группы, в течение первых 7 суток. Аналогичная закономерность прослеживалась и при мониторинге частоты сердечных сокращений (табл.3).

С возрастом частота сердечных сокращений снижалась, однако у детей 2-й группы частота сердечных сокращений достоверно была выше в течение всех 7 суток наблюдения. Повышение частоты дыхания и сердцебиений у детей группы сравнения можно трактовать как адаптивно-компенсаторную реакцию организма на синдром дыхательных расстройств, более выраженную потерю массы тела и обезвоживание.

Мониторинг артериального давления показал тенденцию к понижению как систолического, так и диастолического давлений в обеих группах исследованных недоношенных детей все дни наблюдения (табл.4).

У детей группы сравнения со 2-го дня жизни показатели как систолического, так и диастолического давления были достоверно ниже, чем у детей контрольной группы. Вероятно, это связано с малым объемом циркулирующей крови, открытыми фетальными шунтами

Таблица 1.

Показатели физического развития детей исследованных групп

Группа	Масса (г)	Длина тела (см)	Окружность	
			головы (см)	груди (см)
I	2578,30±25,87	48,62±0,28	33,76±0,20	32,52±0,25
II	2061,79±9,62 **	45,64±0,15**	31,85±0,16 **	29,77±0,20 **

Примечание: статистически значимые различия обозначены: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Таблица 2.

Динамика частота дыхания в раннем неонатальном периоде у недоношенных детей

Сутки жизни	Частота дыхания	
	Группа I	Группа II
1 сутки	48,66±0,88	57,05±0,96***
2 сутки	43,96±0,6	53,37±0,9***
3 сутки	42,96±0,48	51,85±0,8***
4 сутки	42,94±0,44	49,84±0,8***
5 сутки	42,28±0,32	47,5±0,8***
6 сутки	41,54±0,31	45,7±0,73***
7 сутки	40,98±0,27	44,7±0,66***

Примечание: статистически значимые различия обозначены: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Таблица 3.

Динамика частота сердечных сокращений в раннем неонатальном периоде у недоношенных детей

Сутки жизни	Частота сердечных сокращений	
	Группа I	Группа II
1 сутки	147,26±1,56	165,55±2,86***
2 сутки	140,44±1,13	157,79±2,19***
3 сутки	138,94±1,22	153,22±2,06***
4 сутки	134,46±1,27	150,59±2,07***
5 сутки	130,92±1,4	147,99±1,73***
6 сутки	129,24±1,61	143,94±1,38***
7 сутки	127,67±1,66	141,33±1,22***

Примечание: статистически значимые различия обозначены: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Таблица 4.

Артериальное давление у недоношенных детей в раннем неонатальном периоде

Сутки жизни	Показатель АД	Артериальное давление	
		Группа I	Группа II
1 сутки	систолическое	64,8±0,99	64,47±0,79
	диастолическое	34,4±0,55	32,94±0,43
2 сутки	систолическое	62,1±0,81	58,65±0,91**
	диастолическое	32,0±0,64	28,47±0,71***
3 сутки	систолическое	60,91±0,89	56,09±0,91***
	диастолическое	31,3±0,62	26,32±0,68***
4 сутки	систолическое	58,29±1,06	54,94±0,9***
	диастолическое	29,1±0,74	24,77±0,74***
5 сутки	систолическое	56,47±1,15	52,14±0,95***
	диастолическое	27,4±0,8	22,64±0,69***
6 сутки	систолическое	55,37±1,24	51,18±0,9***
	диастолическое	26,7±0,89	21,99±0,68***
7 сутки	систолическое	55,06±1,24	50,69±0,96***
	диастолическое	26,22±0,94	21,76±0,73***

Примечание: статистически значимые различия обозначены: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Таблица 5.

Динамика частоты мочеиспусканий у недоношенных детей в раннем неонатальном периоде

Сутки жизни	Частота мочеиспусканий	
	Группа I	Группа II
1 сутки	4,12±0,33	2,99±0,33**
2 сутки	5,48±0,29	4,08±0,24***
3 сутки	6,44±0,27	5,09±0,21***
4 сутки	8,02±0,32	5,97±0,2***
5 сутки	10,14±0,37	7,01±0,21***
6 сутки	12,14±0,46	7,99±0,24***
7 сутки	13,65±0,54	8,86±0,27***

Примечание: статистически значимые различия обозначены: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

и более низкими показателями гормонального фона.

Функция органов мочевыделительной системы определялась при помощи наблюдения за частотой мочеиспусканий. В обеих группах с возрастом отмечался рост частоты мочеиспусканий. Так в контрольной группе к концу раннего неонатального периода частота мочеиспусканий увеличилась в 3,3 раза, а в группе сравнения – почти в 3 раза (табл. 5).

Частота мочеиспусканий у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией была ниже, чем в контрольной группе, что, очевидно, связано с большей незрелостью мочевыделительной системы, а также с более выраженной артериальной гипотонией, приводящей к низкому кровообращению в почках. Кроме того, недоношенные дети с пренатальной гипотрофией выхаживались в режиме кювеза, что приводила к большей потере жидкости через кожу.

Функцию желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) мы оценивали при помощи мониторинга частоты стула у недоношенных детей в течение всех 7 дней раннего неонатального периода. Отмечалось, что с увеличением возраста детей стул учащался: у детей контрольной группы в 4,35 раз, у детей группы сравнения – в 3 раза (табл. 6).

Как видно из вышеприведенной таблицы, частота стула в группе сравнения была ниже, начиная с пятых суток жизни. Появление переходного стула в группе сравнения не наступало в раннем неонатальном периоде. Это свидетельствует о большей незрелости ЖКТ у детей с

пренатальной гипотрофией.

Мониторинг температуры тела не дал достоверных различий между двумя исследованными группами. Повышение температуры на доли градусов у детей группы сравнения можно объяснить режимом кювеза.

Выявлены значительные различия в динамике массы тела в раннем неонатальном периоде в обеих исследованных группах (табл. 7).

Физиологическая убыль веса у детей контрольной группы начиналась со 2-х суток (на 33 г) и достигала максимума на 4-е сутки, с 5-х суток начиналась прибавка массы тела, на 7-е сутки дети не добирили всего 22 г первоначальной массы. У детей группы сравнения уже на 1-е сутки отмечалась значительная потеря массы тела (в среднем на 59 г). Убыль массы достигала максимума на 4-5-е сутки, затем начиналась незначительная прибавка, на 7-е сутки дети не добирили 129 г.

Физиологическая убыль веса у детей контрольной группы составляла 4,4%, а в группе сравнения – в 3 раза больше (12,7%). К концу раннего неонатального периода контрольная группа детей недобирила всего 1% от первоначальной массы тела, а группа сравнения – 6,3%.

Таким образом, недоношенные дети с пренатальной гипотрофией быстрее и больше теряют в массе и очень медленно её восстанавливают.

Выводы:

1. Частота дыхания и сердцебиений у детей с пренатальной гипотрофией была выше, чем у детей

Таблица 6.

Мониторинг частоты стула у недоношенных детей в раннем неонатальном периоде

Сутки жизни	Частота стула	
	Группа I	Группа II
1 сутки	1,14±0,1	1,06±0,83
2 сутки	1,74±0,06	1,74±0,06
3 сутки	2,36±0,09	1,89±0,08
4 сутки	3,12±0,14	2,26±0,08
5 сутки	4,06±0,14	2,57±0,12***
6 сутки	4,62±0,15	2,86±0,13***
7 сутки	4,96±0,13	3,04±0,15***

Примечание: статистически значимые различия обозначены: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Таблица 7.

Динамика массы тела у недоношенных детей в раннем неонатальном периоде

Сутки жизни	Масса тела	
	Группа I	Группа II
При рождении	2578,30±25,87	2061,79±9,62***
1 сутки	2532,28±28,01	2002,50±10,07***
2 сутки	2489,54±27,5	1950,32±11,63***
3 сутки	2455,12±27,4	1911,17±10,96***
4 сутки	2455,96±26,52	1899,02±13,25***
5 сутки	2479,74±26,59	1905,49±14,82***
6 сутки	2516,94±27,07	1914,24±15,75***
7 сутки	2555,43±28,26	1932,15±17,46***

Примечание: статистически значимые различия обозначены: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

контрольной группы, в течение всех 7 суток наблюдения. Повышение частоты дыхания и сердцебиений у детей группы сравнения можно трактовать как адаптивно-компенсаторную реакцию организма на СДР, более выраженную потерю массы тела и обезвоживание.

2. Систолическое и диастолическое давление у детей с пренатальной гипотрофией было ниже, чем у детей контрольной группы. Вероятно, это связано с малым объемом циркулирующей крови, открытыми фетальными шунтами и более низкими показателями гормонального фона.

3. С возрастом у недоношенных детей отмечался рост частоты мочеиспусканий, причем частота мочеиспусканий у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией оказалась менее выраженной, чем в контрольной группе.

4. Затягивалось появление переходного стула у недоношенных детей с пренатальной гипотрофией в раннем неонатальном периоде, что свидетельствовало о большей незрелости ЖКТ.

5. Недоношенные дети с пренатальной гипотрофией быстрее и больше теряли в массе и очень медленно её восстанавливали.

Литература:

1. Баева И. Ю. К проблеме маловесных детей / И.Ю. Баева, Г.П. Черепова, Т.А. Кундик : Материалы X Всероссийской научно-практической конференции. Актуальные вопросы военной и практической медицины. 26 - 27 ноября 2009. Оренбург.// Информационный архив (Медицина, биология, образование) Теоретический и научно-практический журнал.- 2009.- Т. 3, №4.- С.27-31.
2. Бахмутова Л. А. Комплексный подход к диагностике

и коррекции задержки внутриутробного развития у новорожденных детей: Дисс. ... докт. мед. наук.- Астрахань, 2009.- 277 с.

3. Василенко Л.В. Преждевременные роды, морфология последа и задержка развития плода /Л.В. Василенко, С.А. Степанов, Т.Л. Василенко //Саратовский научно-медицинский журнал.- 2007.- №3(17), июль-сентябрь.- С.103-105.

4. Володин Н.Н. Эффективность новой организационной формы преемственного лечения и реабилитации детей с тяжелой перинатальной патологией /Н.Н. Володин, Д.Н. Десярев, З.Х. Шунгарова, Л.И. Лукина //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 1999.- №4.- С.23-28.

5. Копцева А.В. Особенности течения периода адаптации и совершенствование реабилитации недоношенных детей с задержкой внутриутробного развития /А.В. Копцева, О.В. Иванова, А.Ф. Виноградов //Российский вестник перинатологии и педиатрии.- 2008.- №3.- С. 23-32.

6. Неонатология: Национальное руководство /Под ред. Н.Н. Володиной.- М.: Гэотар-медиа, 2007.- 749с.

7. Неонатология /Под ред. Н.П. Шабалова.- М.: «МЕДпресс-информ», 2004.- Т.1,2.- 607, 640 с.

8. Перфильева Н. А. Особенности состояния здоровья детей раннего возраста с задержкой внутриутробного развития: Дисс. ... канд. мед. наук.- Иркутск, 2007.- 142 с.

9. Пестрикова Т.Ю. Перинатальные потери. Резервы снижения /Т.Ю. Пестрикова, Е.А. Юрасова, Т.М. Бутко. — М.: Литтерра, 2008. - 200 с.

10. Практическое руководство по неонатологии /Под ред. Г.В. Яцык. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. — 344 с.

11. Холодова И. Н. Современный подход к реабилитации детей первых лет жизни с функциональными и пограничными состояниями: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - Москва, 2005.- 51 с.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

Омурзаков Б.А.

Национальный Центр Охраны Материнства и Детства
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье рассмотрены современные методы лечения сосудистых гиперплазий. Описаны молекулярные механизмы действия пропранолола, обосновывающие его использование при данной патологии, приведены результаты клинического эффекта β -адреноблокатора в лечении гемангиомы у детей и возможности оптимизации режима дозирования этого препарата.

Ключевые слова: сосудистая опухоль, дети, лечение, β -адреноблокатор.

БАЛДАРДЫН ГЕАНГИОМА ДАРТЫН БЕТА- АДРЕНОБЛОКАТОР ДААРЫСЫ МЕНЕН ДАРЫЛООНУН ТАЖРЫЙБАСЫ

Омурзаков Б.А.

Эне жана Баланы Коргоо Улуттук Борбору
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада кан тамыр шишиктеринин жаңы ыкмалары каралган. Пропранолол дарысынын молекулярдык деңгелдеги таасири аныкталган, ошондой эле бета-блокатор даарысы менен дарылоонун жыйынтыктары көргөзүлүп адардын дозалары аныкталган.

Негизги сөздөр: кан тамыр шишиги, бета-блокатор дарысы, балдарды дарылоо.

EXPERIENCE OF TREATMENT OF HEMANGIOMAS IN CHILDREN BY BETA-BLOCKERS

Omurzakov B.A.

National Center for Motherhood and Childhood Welfare
Bishkek c., Kyrgyz Republic

Resume. This article describes the modern methods of treatment of vascular hyperplasia, the molecular mechanisms of action of propranolol, justifying its use in this disease, the results of the clinical effect of β -blockers in the treatment of hemangiomas in children and the possibility of optimization, the dosage regimen of the drug.

Keywords: vascular tumors, children, treatment, β -blocker.

Введение.

Гемангиома (сосудистая гиперплазия) – это доброкачественная сосудистая опухоль, часто встречающаяся у детей, особенно у новорожденных. В большинстве случаев она проявляется в первые дни или недели жизни и наиболее активно растет в первые 6-12 месяцев. В 85-90% случаях опухоли обладают способностью к инволюции (обратному развитию, рассасыванию) и не требуют самостоятельного лечения. Однако в зависимости от места расположения и размеров опухоли, дети в будущем страдают от косметических дефектов, местных осложнений (кровотечение, изъязвление), психологической травматизации и серьезных заболеваний, в ряде случаев приводящих к летальному исходу (гемангиома гортани без адекватной и своевременной терапии) [1,4,5].

В основе патогенеза гемангиомы лежит васкулогенез, то есть образование кровеносных сосудов из клеток-предшественников. Локальная или системная гипоксемия усиливает рост гемангиом. Плацентарные и перинатальные аномалии могут быть потенцирующими факторами, которые вызывают увеличение образования сосудов и приводят к развитию гемангиом.

В нашей работе мы использовали лекарственное средство пропранолол (анаприлин). Это неселективный β -адреноблокатор, обладающий антиангинальным, гипотензивным и антиаритмическим эффектом. Данный препарат, широко используется у взрослых для лечения

гипертензии, а у детей при кардиологической патологии для лечения врожденных пороков сердца и сердечных аритмий.

В отношении роста гемангиом выделяют 3 главных лечебных эффекта пропранолола по времени наступления и механизму действия:

1. Начальный эффект – изменение цвета и плотности опухоли в течение 1–3 дней от начала применения препарата и это обусловлено вазоконстрикцией. Использование бета-блокаторов для уменьшения проявления адреналин-опосредованной активации бета-рецепторов приводит к сужению сосудов, что в свою очередь ведет к снижению кровотока внутри гемангиомы. Часто в течение нескольких дней или даже часов пропранолол клинически может вызывать заметное изменение цвета, а также плотности сосудистой опухоли.

2. Промежуточный эффект – ингибирование ангиогенеза с приостановкой роста опухоли. Активация бета-адренэргических рецепторов ведет к увеличению высвобождения VEGF (Vascular endothelial growth factor), что запускает ангио- и васкулогенез в сосудистой опухоли. С другой стороны это обусловлено наличием клеток – предшественниц эндотелиальных клеток гемангиомы, которые содержат фетальный фенотип с возможностью трансформации в адипоциты чаще, чем постнатальный [2]. Ингибция этих рецепторов бета-блокаторами приводит к снижению продукции VEGF, тем самым ограничивая пролиферацию клеток сосудов и вероятность полного

прекращения роста.

3. Долговременный эффект – индукция апоптоза с регрессией опухоли в течение 2 месяцев. Блокада бета-рецепторов вносит свой вклад в эффективность пропранолола при лечении сосудистой опухоли, за счет запуска инволюции гемангиомы через регуляцию ренин-ангиотензиновой системы.

Кроме того, бета-блокаторы могут снижать миграцию эндотелиальных клеток-предшественников, что предотвращает миграцию в зоны, предрасположенные к развитию гемангиомы [7,9].

Цель исследования. Определить показания, отработать схемы лечения, критерии безопасности и эффективности при лечении гемангиом у детей неселективными б-адреноблокаторами.

Материал и методы исследования.

В Национальном Центре Охраны Материнства и Детства было обследовано 52 ребенка с инфантильными гемангиомами в возрасте от 3 месяцев до 2 лет.

Как видно из таблицы 1 отмечалось достоверное преобладание ($p < 0,05$) девочек – 78,0% (39 чел.), что подтверждает многие источники литературы.

Как видно из таблицы 2 по распространенности локализации преимущественно наблюдались опухоли лица (84,0%).

В исследование не вошли дети с противопоказаниями к назначению б-адреноблокаторов. Для определения безопасности терапии больным детям до назначения лечения проводилась электрокардиография с оценкой частоты сердечных сокращений и атрио-вентрикулярной проводимости, эхокардиография, лабораторные исследования. Перед началом лечения проводилось подробное описание локального статуса и фотографирование.

Всем больным, включенным в исследование, назначался неселективный б-адреноблокатор – пропранолол (анаприлин) сроком на 6 мес. Стартовая доза 1 мг/кг/сут внутрь с частотой приема 2 раза в день. При отсутствии побочных эффектов ребенка наблюдали в домашних условиях. Осмотр детей проводили через 10 дней, а затем 1 раз в месяц для оценки переносимости препарата, под контролем АД, ЧСС и уровня глюкозы в крови. При невыраженном регрессе опухоли производили увеличение дозы до 2 мг/кг/сут 3 раза в день. Дети младше 6 месяцев были госпитализированы для наблюдения после приема первой дозы. Эффективность лечения оценивали путем наблюдения и осмотра состояния новообразования.

У одного ребенка лечение было приостановлено из-за повышения содержания глюкозы в крови до 7,7 ммоль/л (физиологически верхний уровень достигает до 5,5 ммоль/л), после коррекции гипергликемии лечение возобновили. Таким образом, у 52 детей лечение до сегодняшнего дня продолжается.

Как показано на рисунке 1, среди всех обследованных пациентов с гемангиомами подавляющее большинство составляли дети в возрасте до 1 года (77,00%).

Результаты исследования и их обсуждение.

Мной был проведен проспективный анализ данных с июля 2014 г. по май 2015 г. об эффективности

пропранолола в качестве препарата первой линии для лечения гемангиом.

Оценка проводилась в однородной группе детей с пролиферирующими проблемными гемангиомами на фоне лечения пропранололом (1 мг/кг/сут). Проблемными гемангиомами считались гемангиомы, неизбежно влекущие функциональные или косметические дефекты при отсутствии лечения. В исследование были включены пациенты не старше 2 лет, прошедшие полное 2-дневное внутрибольничное обследование, при условии отсутствия предшествующей кортикостероидной терапии. Родители всех обследованных детей дали письменное согласие на использование лекарственного средства. Помимо лечения пропранололом, альтернативной или адъювантной терапии не проводилось. Случаев выраженной гипогликемии, гипотонии за время исследования не наблюдали.

Дети получали пропранолол (анаприлин) в течение 6 месяцев с последующим постепенным снижением дозы до полной отмены препарата.

Данные об изменении структуры гемангиомы в результате лечения пропранололом ($p > 0,05$) (табл. 1).

Как видно из данных таблицы 3, практически у всех детей (90%), прошедших курс лечения пропранололом отмечалось улучшение независимо от пола.

Эффективность терапии оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (VAS), которая включала следующие признаки: прекращение роста и уменьшение размеров гемангиомы; уменьшены плотности и яркости окраски, заживление трофических расстройств на поверхности опухоли; отсутствие отрицательной клинической динамики.

Восприимчивость к терапии и гемодинамические показатели регистрировали с момента начала и в фиксированные моменты времени.

У всех детей получавших лечение наблюдался регресс гемангиомы к концу шестимесячного курса лечения.

К 12-ой неделе лечения мы отмечали изменение цвета гемангиомы от интенсивного красного до фиолетового (снижение интенсивности окраски гемангиомы (до — 9 по VAS), образования становились более плоскими и мягкими на ощупь, наблюдали значительное уменьшение гиперплазий в размере (до — 10 по VAS).

К 24-ой неделе лечения цвет гемангиом изменялся на розовый, появлялись мелкие белесоватые островки здоровой кожи по периферии опухоли, образования приобрели мягкую консистенцию.

Выводы:

1. Применение пропранолола значительно эффективнее любого из ранее применяемых способов лечения гемангиомы у детей, которые заключались в физическом удалении опухоли (лазером, азотом, микроволнами, скальпелем) и в применении лекарственных средств: глюкокортикоиды (преднизолон), а также интерферон и винкристин, вызывающих нередко серьезные побочные эффекты.

2. Назначение неселективного б-адреноблокатора (пропранолола) внутрь по 1 мг/кг/сут с кратностью приема 2-3 раза в день вызвали регрессию (уменьшение объема, красноты, уплощение и размягчение) фокальных и

Таблица 1.

Распределение обследованных больных с гемангиомами по полу (в абсолютных числах и процентах от общего числа больных).

Гемангиома	Число и доля обследованных соответствующего пола среди больных с гемангиомами:					
	мужской		женский		оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	11	22,00	39	78,00 *	50	100,00

Примечание: * – отличается от соответствующих показателей пациентов противоположного пола ($p < 0,05$).

Таблица 2.

Распределение обследованных больных с гемангиомами по локализации сосудистых новообразований.

Локализация гемангиом:	Число и доля больных с гемангиомами по локализации:			
	абс.	%	абс.	%
Лицо	42	84,00**	50	100
Туловище, конечности	8	15,00**	50	100

Примечание: ** – отличается от соответствующего показателя колонки с указанным номером ($p < 0,05$).

Таблица 3.

Показатели положительной динамики лечения β -адреноблокаторами.

Изменения в структуре гемангиомы под действием пропранолола	Число и доля прошедших лечение соответствующего пола больных с гемангиомами:					
	мужской		женский		оба пола	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Снижение интенсивности окраски	13	32,5	27	67,5*	40	100
Уменьшение размеров	13	32,5	26	65,0*	39	100
Уплотнение	11	27,5	25	62,5*	36	100
Изменение консистенции (смягчение)	9	22,5	23	57,5	32	100

Примечание: * – отличается от соответствующих показателей пациентов противоположного пола ($p < 0,05$).

(в % от общего числа обследованных)

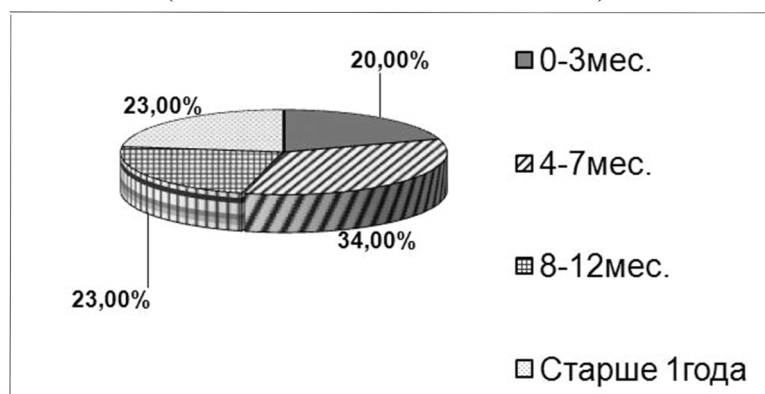


Рис.1. Распределение обследованных больных с гемангиомами по возрастным группам.

сегментарных гемангиом (сосудистых гиперплазий) у 90% детей.

3. Для выработки протокола лечения гемангиом у детей необходимо проведение дальнейших исследований по поводу влияния неселективного β -адреноблокатора на развитие гемангиом.

Литература:

1. Великовская Н.В., Репина Э.А. Лечение сосудистых гиперплазий челюстно-лицевой области с использованием неселективного β -адреноблокатора пропранолола.- *Angioma.ru*
4.Sans V., et al. Propranolol for severe infantile haemangiomas: follow up report. *Pediatr* 2009; 124 (3): 423-31.

2. Shah S.. Treatment of Infantile Hemangiomas With Beta-Blockers. 2013; 15- 16.

3. Hogeling M., Adams S., Wargon O. A randomized controlled trial of propranolol for infantile hemangiomas. *Source Pediatrics*. 2011 Aug; 128(2):e 259-66.

4. Поляев Ю.А., Остников С.С., Мыльников А.А. и соавт. Новые возможности в лечении инфантильных гемангиом с помощью пропранолола // *Практическая медицина*. 8 (64) декабрь 2012.Т.1.

5. Сычев Д.А., Цой А.Н., Кулес В.Г., Коман И.Э. Клиническое значение фармакогенетики для педиатрии // *Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии*, 2004.- Т.1.-№1.-С. 5-12.

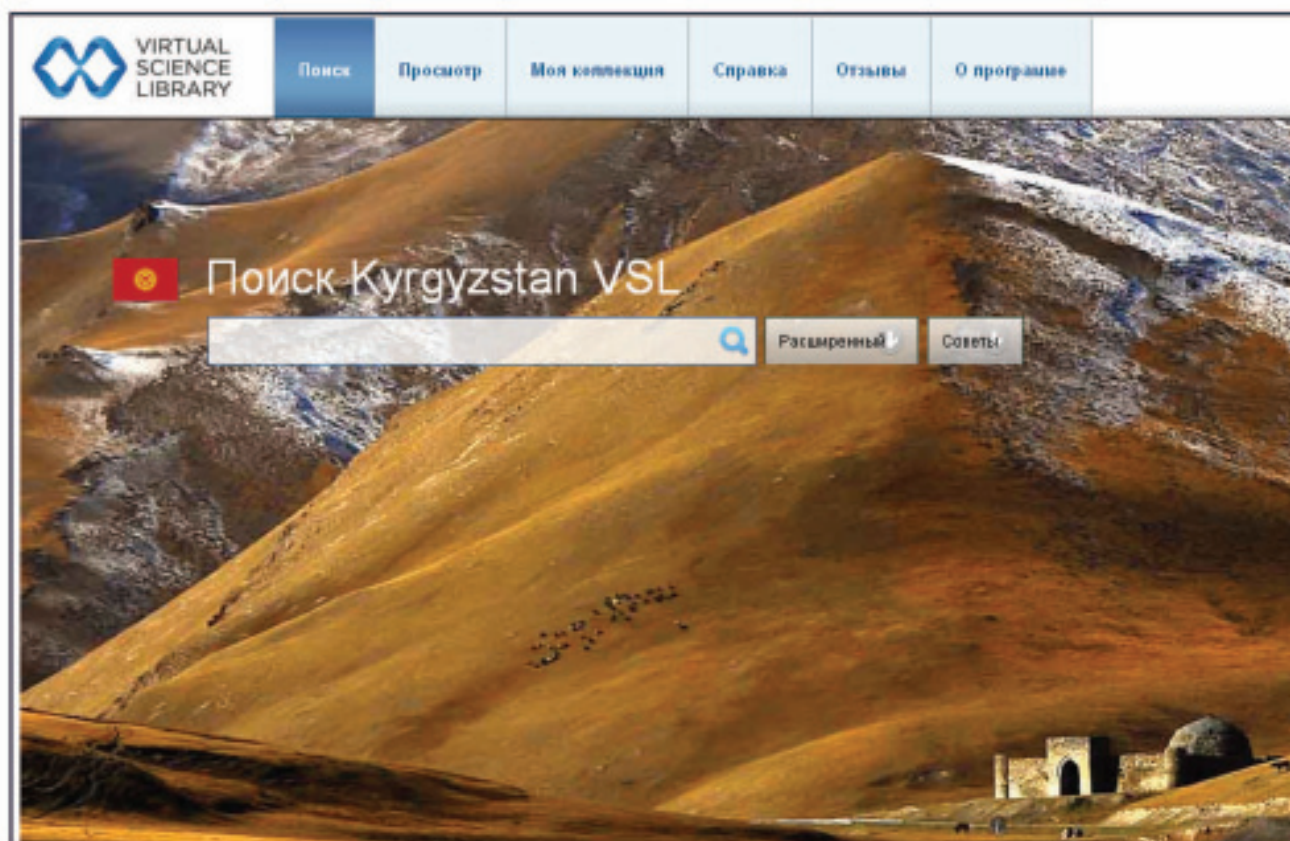
6. Chang L.S., et al. Growth characteristics of infantile haemangiomas: implications for management. *Pediatr* 2008; 122(2).

7. Erbay A., et al. Propranolol for infantile haemangiomas: a preliminary report on efficacy and safety in very low birth weight infants. *Turk J Pediatr* 2010; 52(5) : 450 -6.

8. Greenberger S., et al. Corticosteroid suppression of VEGFA in infantile haemangioma derived stem cells. *Eng J Med* 2010; 362 (11): 1005-13.

9. Storch C.H., Hoeger P.N. Propranolol for infantile haemangiomas: insights into the molecular mechanisms of action. *Br J Dermatol* 2010; 163 (2): 269-74.

WWW.KYRGYZSTANVSL.ORG



Виртуальная научная библиотека Кыргызстана (ВНБ) недавно запустила новую функцию удаленного доступа, которая будет расширять доступ к ВНБ через любое подключение к интернету. В результате, доступ к рецензируемым статьям и электронным книгам, которые ранее требовали подключение к интернету в научно-исследовательском институте, теперь доступен для любого аспиранта, профессора, или исследователя при вузе-партнере ВНБ с любым стабильным доступом в Интернет.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Аятов А.С., Байгараев Э. А., Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С.

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Под нашим наблюдением в отделениях травматологии №1,2,3,4 БНИЦТО находились 50 больных с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости в возрасте от 17 до 67 лет, которым было выполнено остеосинтез дистального метаэпифиза лучевой кости ладонным доступом с применением пластины с угловой стабильностью. Результаты хирургического лечения были изучены в сроки от 3 месяцев до 1 года. Для оценки результатов лечения мы применяли 100 балльную систему СОИ-1

Ключевые слова: перелом дистального метаэпифиза лучевой кости, ладонный доступ, остеосинтез пластины с угловой стабильностью.

БИЛЕК СӨӨГҮНҮН ДИСТАЛДЫК МЕТАЭПИФИЗИН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Аятов А.С., Байгараев Э. А., Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С.

Бишкек травматология жана ортопедик илимий – изилдөө борбору
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. БТОИИБ деги №1,2,3,4 жаракаттар бөлүмдөрүндө биздин көзөмөлүбүздө жаш курагы 17ден 67ге чейин билек сөөгүнүн дисталдык метаэпифизи сынган 50 бейтап болду. Аларга бурчтук бекемдиги бар пластиналарды колдонуу менен алакан жактан кирүү жолу аркылуу билек сөөгүнүн дисталдык метаэпифизине остеосинтез аткарылган. Хирургиялык дарылоонун натыйжалары 3 айдан 1 жылга чейинки мөөнөттө изилденди. Дарылоо натыйжаларын балоодо биз СОИ-1 боюнча 100 упайлык системасын колдондук.

Негизги сөздөр: билек сөөгүнүн дисталдык метаэпифизинин сыныгы, алакан жактан кирүү, бурчтук бекемдиги бар пластиналар.

SURGICAL TREATMENT OF FRACTURES OF DISTAL METAPELITE OF RADIALIS BONE

Ayatov A.S., Baigaraev E.A., Djumabekov S.A., Anarkulov B.S.

Bishkek Scientific Research Center of Traumatology and Orthopedics
Bishkek c., Kyrgyz Republic

Resume. Under our supervision in the departments of traumatology No. 1,2,3,4 BRCTO were 50 patients with fractures of the distal metapelite of the radial bone in age from 17 to 67 years, who were surgeried by palmar access using plates with angular stability. The results of surgical treatment were studied in terms from 3 months to 1 year. To evaluation results of surgical treatment we used the scale SEO 1 (standardized evaluation of outcomes).

Key words: fracture of the distal metapelite of the radial bone, the palmar access, osteosynthesis plates with angular stability.

Актуальность темы.

Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости составляют около 70% переломов костей предплечья и являются наиболее частым видом повреждения верхней конечности [7]. Внутрисуставные переломы дистального метаэпифиза лучевой кости относятся к наиболее тяжелым видам повреждений данной локализации, лечение которых часто не приводит к полноценному восстановлению функции кисти [1,5]. Отмечается высокий процент неудовлетворительных результатов лечения, который составляет от 10,5 до 37,9% [4,6] Как правило, неудовлетворительные результаты лечения связаны с оскольчатым характером перелома. Инвалидность при переломах ДМЭ лучевой кости составляет до 3,5% от всех пострадавших, получивших инвалидность в связи с переломами костей [3]. Переломы данной локализации часто сопровождаются костной импрессией в зоне перелома, что, при выполнении репозиции отломков, приводит к образованию костного дефекта в метафизарной зоне лучевой кости. Именно по этой причине, даже после удачно выполненной первичной репозиции, в последующем сохраняется высокий риск возникновения вторичного смещения отломков в гипсовой

повязке, что приводит к развитию стойких нарушений функции лучезапястного сустава и суставов кисти [2]. Поэтому в последнее время для лечения внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза лучевой кости все шире используют оперативные методы лечения [8], среди которых можно выделить два основных.

1 - метод наружной фиксации (закрытая репозиция и остеосинтез с помощью аппаратов внешней фиксации различной модификации),

2 - метод внутренней фиксации (открытая репозиция с замещением костного дефекта и остеосинтез погружным фиксатором).

Оба метода имеют свои достоинства и недостатки, однако при изучении литературы, мы не встретили работ, в которых было бы проведено сравнение результатов их применения при лечении наиболее тяжелого вида повреждений данной локализации -внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза лучевой кости.

Материалы и методы.

В период с 2012-2014гг. в БНИЦТО лечились 50 больных с переломами дистального метаэпифиза лучевой кости. Возраст больных варьировал от 17 до 67 лет. Из них мужчины 22, женщины 28. Наиболее частыми причинами

Таблица №1.

Виды травмы	Всего	
	абс.ч.	%
Спортивная	7	14
Бытовая	26	52
Производственный	5	10
В результате ДТП	12	24
Всего	50	100

обращениями явились следующие виды травмы, которые приведены в таблице №1.

Методика оперативного лечения. Всем больным после общего клинического обследования и предоперационной подготовки. Произведено остеосинтез дистального метаэпифиза лучевой кости ладонным доступом с применением пластины угловой стабильностью. Операция выполняется под общей анестезией. Производится кожный разрез по ладонной поверхности с размером 5-6см. Тупо и остро рассекается мягкие ткани. Обнажается место перелома и производится точная репозиция. Производится остеосинтез накостной пластиной. Послойные швы на рану. После операционном периоде конечность иммобилизуется косыночной повязкой до стихания острых послеоперационных болей. Со 2 го дня назначалось физиолечение на области лучезапястного сустава. По мере стихания послеоперационных болей начиналась ЛФК лучезапястного сустава с целью ранней активизации.

Для фиксации отломков нами применялись трубчатые, Т-образные и пластины с угловой стабильностью. Сроки пребывания больных в стационаре после операции составлял в среднем 10-12 дней. Движения в лучезапястном суставе восстанавливались в среднем через 3-4 недели.

Результаты и их обсуждения.

Для оценки результатов нами использовались стандартные клинико-рентгенологические критерии: наличие болевого синдрома и амплитуда движений в лучезапястном суставе. Результаты хирургического лечения были изучены в сроки от 6 месяцев до 1 года. Для оценки результатов хирургического лечения мы применяли 100 балльную систему СОИ-1 (стандартизированная оценка исходов автор: Миронов С.П. 2008 г.).

Хороший результат – получена у 43 (86%) больных.

Удовлетворительный результат - 7 (14%) больных. Неудовлетворительный результат – ложных суставов и контрактура лучезапястного сустава не отмечалась.

Выводы: Таким образом, применение ладонный доступ для фиксации с пластины угловой стабильностью при лечении переломов дистального метаэпифиза лучевой кости позволяет восстановить анатомию лучезапястного сустава, осуществить стабильную фиксацию без внешней иммобилизации, восстановить функцию лучезапястного сустава, достигнуть ранней реабилитации.

Литература:

1. Баймагабетов Ш.А., Балгазаров С.С., Жунусов Е.Т. и соавт. Ошибки и осложнения при лечении переломов аппаратами Илизарова: Всеросс. научно-практич. конф. «Современные технологии в травматологии и ортопедии» // Сборник тезисов.- М., 2005.- С. 48
2. Кавалерский Г.М., Гаркави А.В., Вольков П.Г. Оперативное лечение внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза лучевой кости с применением пластин с угловой стабильностью — LCP.
3. Никитин В.В., Ерофеева И.В., Нурлыгаянов Р.З., Соколова И.В. ошибки остеосинтеза у больных с переломами костей при остеопорозе: Всеросс. научно-практич. конф. «Современные технологии в травматологии и ортопедии» // Сборник тезисов.- М., 2005.- С. 256. Медицинская помощь.- 2005.- №6.- С. 23-27.
4. Юлов В.В. Оптимизация лечения переломов дистального отдела костей предплечья: Автореф. дисс. . канд. мед. наук.- М., 2006.- 26 с:
5. Leunig M., Hertel R., Siebenrock K et al. The evolution of indirect reduction techniques for the treatment of fractures // Clin. Orthop.- 2001.- Vol. 375.-P. 7-14.
6. Obrant K. Management of Fractures in Severely Osteoporotic Bone: Orthopedic and Pharmacologic Strategies.- London, 2000.- P. 132-135.
7. Stern H.S. Key Techniques in Orthopaedic Surgery/- Nhieme, 2001.- P. 8184.
8. Ruedi T.P. Murphy W.M. eds. AO Principles of Fractures Managements.- Stuttgart-New York: Thieme, 2000.- P. 278-291.

ЭТНОГЕНЕЗ КЫРГЫЗОВ: ГЕНЕТИЧЕСКИЕ И ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Айдаралиев А.А.

Восточный Университет имени Махмуда Кашгари
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье приводятся результаты генетических и исторических исследований этногенеза кыргызов. Показано, что генофонд кыргызов частично сформирован 5-6 тысяч лет назад на Южном Алтае и Саянах. Представлена схема этногенеза кыргызов в различные исторические периоды, а также генеалогические схожести которые кыргызы имеют с другими народами. Информация приведенная в статье собрана с различных отечественных и иностранных историко-генеалогических источников.

Ключевые слова: этногенез, передвижение, генетика, история кыргызов

КЫРГЫЗДАРДЫН ЭТНИКАЛЫК ГЕНЕАЛОГИЯСЫ (ЭТНОГЕНЕЗ):
ГЕНЕТИКАЛЫК ЖАНА ТАРЫХЫЙ КӨЗ КАРАШТАР БАЯНДАМАСЫ

Айдаралиев А.А.

Махмуд Кашгари атындагы Чыгыш Университети
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Илимий чыгарманын жыйынтыгында кыргыз элинин келип чыгышынын генетикалык жана тарыхый көз караштары баяндалган. Кыргыз генефондунун мындан 5-6 мин жыл илгери аз-аздап Түштүк Алтайда жана Саяндарда келип чыгышы көрсөтүлгөн. Кыргыз элинин этникалык генеалогиясынын түзмөгү ар кыл тарыхый доорлордо каралган. **Негизги сөздөр:** этногенез (элдин чыгышы), генетика, кыргыздардын тарыхы.

NAME OF THE ARTICLE – ETHNO GENESIS OF KYRGYZ PEOPLE:
GENETIC AND HISTORICAL ASPECTS

Aidaraliev A.A.

East University named after Mahmud Kashgari
Bishkek c., Kyrgyz Republic

Resume. The article presents the results of genetic and historical studies of ethno genesis of Kyrgyz people. It shows, that gene pool of Kyrgyz people is formed partially 5-6 thousand years ago in the Southern Altai and Sanai. The scheme of ethno genesis of Kyrgyz people in different years and their similarities with other nations is presented,. Information used in article, was completed from different domestics and foreign sources.

Key words: ethnogenesis, movement, genetics, history of Kyrgyz people.

Историю возникновения кыргызской цивилизации можно разделить на несколько периодов. 1) Древнейшее время, предистория, 2) древнее время, праистория, 3) средневековье, 4) новое время (период СССР и период независимого Кыргызстана).

В эпоху верхнего палеолита, мезолита, неолита, энеолита началось расселение людей из Африки. На сегодняшний день принята теория моногенизма, согласно которой *Homo sapiens* это единый вид человечества, зародившийся в Африке и начавший заселение просторов Европы и Азии.

Согласно последним достижениям науки о генах, человечество происходит от одной матери. Генетики также обнаружили, что на планете жил мужчина Y-хромосомный Адам, который приходится праотцом человечества. По данным [1] среди кыргызов примерно 50% являются носителями гаплогруппы R1a и являются потомками по мужской линии одного человека.

По данным [2] расселение людей на планете происходило в несколько этапов.

1. Из Африки в Азию-56000-73000 лет назад
2. Из Африки в Европу-39000-51000 лет назад
3. Из Азии в Америку- 7000-35000 лет назад

В работе [3] приводится схема массового передвижения народов в течении последних 4 тысяч лет до нашей эры. По его мнению переселение протекало в три потока и в разные стороны. Первый поток был

направлен в Америку через Берингов пролив, второй поток был направлен в Европу, а третий и самый основной в азиатскую часть континента.

Представляло интерес изучение истории переселения народов на основании генетических исследований. Поскольку все люди унаследовали генетический материал от общих предков, даже дальние родственники имеют сходные участки в своих ДНК, а у близких родственников совпадает еще больше информации. Таким образом, даже при том, что ДНК каждого человека в целом уникальна, среди потомков недавних общих предков можно найти сходную генетическую информацию.

При этом важно изучение гаплогрупп объединяющих людей одного гентотипа. По мнению [1] еще в 1960-е годы Нобелевский лауреат Л.Поллинг высказал идею, что скорость накопления мутаций достаточно постоянна; ее можно использовать как своего рода молекулярные часы эволюционной истории человека. Одним из наиболее информативных инструментов исследования структуры и генофонда человека стали маркеры митохондриальной ДНК(мит ДНК) и Y-хромосомы. Y-хромосома передается только по мужской линии от отца к сыну, у женщин в хромосомном наборе ее нет. Митохондриальная ДНК передается только в материнской яйцеклетке, то есть наследуется только от матери”.

Для решения вопросов об этногенезе кыргызов и его истории необходимо сравнение генетических маркеров

с народами Центральной Азии и Сибири. К настоящему времени имеется результат изучения полиморфизма Y-хромосомы в сибирских и центральноазиатских популяциях [4], [5], [6], [7].

По данным [1], анализ родоплеменного состава основных ветвей современных кыргызов- Он, Сол, Ичкилик свидетельствует о вкладе в этногенез кыргызов: 1) тюркоязычных племен, в свое время входивших в состав тюркского, уйгурского, карлукского, тюркешского каганатов; 2) южносибирских (Саяно-Алтай) племен, входивших в состав Кыргызского каганата; 3) племен монгольского и кыпчакского происхождения.

Им было показано, что почти 90% разнообразия Y-хромосомы у кыргызов приходится на 4 варианта C3c, R1a1a, N1b гаплогрупп. Причем были выявлены явные различия по гаплотипам между кыргызскими подразделениями Он Канат (Адыгене, Тагай) и Ичкилик (Теит, Кесек).

Различия в распространении гаплогрупп N1b и C3c у кыргызов позволили сделать заключение о существенных отличиях этногенеза кыргызов подразделений Ичкилик и Он канат. Данные [1] также свидетельствуют о вхождении в состав древнекыргызского племенного объединения Ичкилик, ранее обособленных племен, имеющих в числе своих предков сибирские народы угорского происхождения.

В генофонде кыргызов практически не встречается Восточно-Азиатская (Китай, Корея, Япония, Юго-Восточная Азия, Индокитай) гаплогруппа О, хотя она довольно широко представлена у казахов (21%) [4], [7]. Было показано, [1] что по Y-хромосоме наблюдаются выраженные различия между суб-популяциями (племенами) кыргызов, а для некоторых этих популяций их явное инородное происхождение [8]. Эти данные подтверждают выводы историков и этнографов, что в этногенезе кыргызов, на разных отрезках истории, принимали участие племена, не имевшие ничего общего в своем происхождении.

Таким образом современные кыргызы имеют гетерогенный генотип, свидетельствующий об их этногенезе из разноплеменного военно-политического союза, сложившегося примерно в 4-5 веках нашей эры в верховьях Енисея. В формировании кыргызского этноса принимали участие палеоевропеоидные племена, населявшие Южный Алтай, а именно сако-усуни и монголоидные хунно-сянбийские племена пришедшие с равнин Северного Китая. В ряде кыргызских племен ясно прослеживается генетическая связь с угро-финским населением Верховьев Енисея, которые в эпоху Пазыракской и Афанасьевской археологических культур составляли население Саян и Забайкалья.

По мнению [1] еще один существовавший компонент, принявший участие в этногенезе кыргызов, это тюрко-монгольские племена, известные как моголы которые, скорее всего, влились в состав кыргызов уже на Тянь-Шане. Эти же племена участвовали в этногенезе казахов, узбеков, каракалпаков определив генетическую близость кыргызов с этими народами.

Данные генетических исследований свидетельствуют о том, что генофонд кыргызов частично

сформировался 5-6 тысяч лет назад на Южном Алтае, а также на Саянах, и по линии праотцов несет характерные генетические признаки Южно-Сибирского и Восточно-Азиатского происхождения. Древние кыргызы не были полностью ассимилированы по отцовской линии, более многочисленными тюрко-монгольскими племенами, носителями Восточно-Азиатской гаплогруппы C3c, и сохраняли свою этническую идентичность со II века до нашей эры.

Гаплогруппы образовались, когда ни наций, ни религий, ни современных языков не было. Поскольку принадлежность к гаплогруппе определяется совершенно конкретными мутациями в определенных нуклеотидах и Y-хромосомой, то можно сказать, что каждый из нас носит определенную метку ДНК. Гаплогруппы навсегда привязывают носителя к определенному человеческому роду. Генотип-содержание наследуется от отца к сыну по Y-ДНК (XY-хромосоме). По материнской мт-ДНК (XX-хромосоме) передается фенотип-обличье.

В настоящее время на земном шаре имеется несколько рас:

Негроидная раса: А, В-африканцы, Е-банту (возраст-52 тысячи лет, Восточная Африка).

Афроазиаты: семиты J1-евреи и арабы Йемена-возраст 10 тысяч лет, по отцовской линии евреи происходят от арабов; арамейцы J2(возраст 18000 лет)-сирийцы, греки, итальянцы, турки, армяне, есть носители в Индии. Носители J1 и J2 обнаруживаются в русских, узбеках, таджиках Самарканда и Душанбе, в чувашах, адыгах, французах.

Евразияты: северные I1 и южные I2 славяне, G-иранцы, кавказцы, осетины, аланы, адыги.

Скандинавы-R1a1(возраст 20 тысяч лет): шведы, норвежцы, поляки, русские, украинцы, кыргызы, таджики, индусы. Кельты - R1b французы, итальянцы, датчане, испанцы, немцы, англичане и т.д. (возраст 16 тысяч лет). Европейцы с генотипом К разбросаны по всему миру.

Монголоидная раса: О-китайцы: D-японцы: C3-казахи, калмыки, ойраты: C*-монголы. Общий возраст-20 тысяч лет. PQR2-сводная неразделенная гаплогруппа.

Южносибирская раса N1c1: якуты, якутоязычные эвенки, чуваша, марийцы, коми, литовцы, латыши, эстонцы, саамы, финны. (возраст 10600 лет.)

Экваториальная раса- Н, F*, L., H1-цыгане.

Миграция носителей гаплогруппы Y-DNA из Европы в Азию и в Америку началась из Африки 170.000-130.000 лет назад, переход в Америку осуществлялся 20.000-13.000 лет назад (Sorenson Molecular Genealogy Foundation 2006).

Ареалом распространения гаплогруппы R1a является пространство от Исландии(викинги) до Индии (каста брахманов), при этом современный центр гаплогруппы находится на территории Польши.

ДНК-генеалогия установила, что кыргызы, русские, украинцы и скандинавы имеют генотип R1a1, но говорят на разных языках и разбросаны в различные веры.

Гаплогруппа R1a встречается с частотой 64% у таджиков, 63,5% у кыргызов, 60% у венгров, 56,4% у поляков, 54% у украинцев и 47% среди русских. Гаплогруппа R1a с более низкой частотой встречается у

Этнос, ареал, расселение	Хроно- логия		Биосоциальная комплексная система						Генетическая среда	Религия																																															
			Условная типология общностей																																																						
		Культурно- исторический период	Общеисторическая	Лингвистическая	Этническая	Антропологическая																																																			
		1	A	B	C	D																																																			
Кыргызы (Средняя Азия)	2-ое тысячелетие	Нашей эры	12	Современность (XX в.)						Ислам, христиан- ство, иудаизм																																															
Кыргызы (Средняя Азия)			11							Новое время																																															
Гэ-Гунь Гян-Гунь Хирхиз Диньлинь (Минусинская котловина, Алтай)	1-ое тысячелетие		10													Позднее средневековье (XII-XVI вв.)																																									
	1-ое тыс.		9																			Среднее средневековье (VI-XII вв.)																																			
	2-ое тыс.	8	Раннее средневековье (II в до н.э. – V в н.э.)																																																						
	4-ое тыс.	7																										Ранний железный век (VII – III вв. до н.э.)																													
Протокрыгыз (Передняя Азия, Центральный и Северный Иран) (Геоксюрский Оазис)	8-ое тыс.	6																																Бронзовый век (XVI – IX вв. до н.э.)																							
	200-50 тыс.	5																																						Энеолит																	
Протокрыгыз (переселение из Африки в Азию)	40-10 тыс.	4																																												Неолит											
	700-400 тыс.	3																																																		Мезолит					
		2							Верхний палеолит																																																
	1	Нижний палеолит																																																							
Предыстория																																																									
Древнейшая																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									
Индоевропейская																																																									

Схема 1 . Этногенез и религиозные верования кыргызов

македонцев – 15,2% , болгар-14,7% и сербов-12,1%.

Анализируя аутосомальные исследования можно констатировать, что геномный набор кыргызов включает в себя гаплогруппы: индоевропейцев до 41%, азиатов до 65%, африканцев до 7% и американских индейцев до 8%. Акеров Т.(2014).

В частности генетическое тестирование аутосомальной ДНК жителя Кыргызстана (Б-в) проведенные [9] обнаружило у него 48% восточно-азиатской аутосомальной ДНК, 41% европейской, 6% американских индейцев и 5% субсахарской.

Специалисты фонда выявили, что генетически близкая к обследуемому(Б-в) популяция американских индейцев проживают в штате Нью-Гэмпшир, США.

Из исторических источников известно, что первые упоминания о кыргызах имеются в китайских источниках и относятся в 201 году до нашей эры [10] Это был период когда государство гуннов во главе с Маодунем покорило земли хуньюев, цюйше, динлинов, гэгуней и синьли. Из покоренных гуннами народов, историки знают только о двух, судьба которых в будущем переплетется, это предки кыргызов - динлины и гэгуней. В 700 году кыргызы построили свое первое государство на Енисее, началось кыргызское великодержавие.

В свое время [11] составил панорамную историю казахского народа и Казахстана, представив основные естественно-исторические периоды, этнолингвистические и антропологические аспекты .

Представило интерес сопоставление истории развития кыргызской цивилизации с возникновением религиозных верований. На схеме 1 представлено развитие кыргызской цивилизации и религиозных верований. Из схемы следует, что в период предистории у древних народов преобладали анимизм и солнцепоклонство с последующим переходом в тенгрианство, шаманизм, ислам и т.д. Данная схема показывает историю этногенеза кыргызов с учетом общеисторических, лингвистических, этнических, антропологических и генетических параметров.

К сожалению, изучение происхождения и этногенеза кыргызов является сложным процессом, так как большинство архивных материалов находится вне Кыргызстана. В частности [12], считает что «вопрос этногенеза кыргызов довольно таки запутанный и на сегодняшний день окончательной и общепризнанной

теории нет. Споры по вопросу истории кыргызов продолжаются второе столетие; единственное, в чем никто не сомневается, так это в том, что кыргызский народ является одним из самых древних народов Средней Азии». Несмотря на то, что кыргызы имеют древнюю историю в связи с кочевым образом жизни, осталось мало письменных сведений и документальных свидетельств об этом.

Таким образом сопоставление генетических и исторических компонентов происхождения кыргызов подтверждает данные ряда авторов о том, что кыргызы являются одним из самых древних народов Центральной Азии.

Литература:

1. Алдашев А.А. Генетическая история этногенез кыргызов// Вестник КГНУ им. Ж. Баласагына 2011, выпуск №5, с- 7-12
2. Янковский Н.К., Беринская С.А. ,, Наша история , записанная в ДНК. Журнал „Природа” М 2004 ,6,7-12
3. Омурзаков С. “История кыргызов и кыргызстана” КГЮА. Бишкек, 2012, 302 с.
4. Степанов В.А. Эволюция и филогеография линий Y-хромосомы человека.// Вестник ВОГ и С М. 2006, №10, с 57-74
5. T. Zerjal. A genetic landscape reshaped by recent events: Y chromosomal insights into Central Asia. Am J Hum Genetics. 2002/71, p. 466-482
6. PA Underhill et al., Separating the post-Glacial coancestry of European and Asian Y chromosomes within haplogroup R1a/ Eur J Hum Genetics. 2010/№18 (4), p.476-484
7. Балаганская О.А. Полиморфизм Y-хромосом у тюркоязычного населения Алтая- Саян, Тянь Шаня и Памира в контексте взаимодействия генофондов Западной и Восточной Евразии// Медицинская генетика , М, 2011, № 10(3), с 12-22
8. Heyer M. Genetic diversity and the emergence of ethnic groups in Central Asia.// BMC Genetics, 2009,№10, с 49-57
9. Report Sorenson Molecular Genealogy Foundation. Salt Lake City 2006, 32 p.
10. Акеров Т. А. ,, Кыргыз: Этногенез и История”// НАН КР.Бишкек 2014 г, 355 с.
11. Омаров Е.С. По следам Каишгарской цивилизации, Сб: Современная цивилизация и национальные государства Алматы, 2008, с 83-93
12. Дарда С. www.beltofpeace.com 2000

**ТУБЕРКУЛЕЗ СРЕДИ МИГРАНТОВ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ
ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МИГРАНТОВ
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Гончарова О.С., Сытина Л.И., Кадыров А.С.

Национальный центр фтизиатрии МЗ КР

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В результате проведенного исследования установлено, что наибольшее число новых случаев туберкулеза у мигрантов регистрируется в г. Бишкек – 36,2%-41,0% от общего числа заболевших мигрантов в республике. Успех лечения заболевших мигрантов в 2012-2013 гг. был сопоставим с результатами эффективности химиотерапии по г. Бишкек в целом (2012 – 61,8%, 72,2% и 2013 – 69,7%, 68,9% соответственно), но значительно ниже республиканских показателей (82,8% и 81,2%) и стандарта ВОЗ ($\geq 85\%$), что в основном было обусловлено большим числом нарушителей режима лечения в группе мигрантов (2012 – 20,6% и 2013 – 15,1%).

Ключевые слова: мигранты, туберкулез, исходы лечения, DOTS.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ МИГРАНТТАР АРАСЫНДАГЫ КУРГАК УЧУК
ЖАНА МИГРАНТТАР АРАСЫНДА БИРИНЧИ ЖОЛУ КУРГАК УЧУК АНЫКТАЛГАН
ОРУЛУУЛАРДЫ ДАРЫЛОО НАТЫЙЖАЛАРЫ**

Гончарова О.С., Сытина Л.И., Кадыров А.С.

Улуттук фтизиатрия борбору МСС КР

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Жүргүзүлгөн изилдөөнүн жайынтыгында мигранттар арасында кургак учуктун биринчи жолу диагнозу аныкталган оорулуулардын эң эле көп угурларынын саны Бишкек шаарында катталганы аныкталган бул көрсөткүч республикадагы ооруп калган мигранттардын жалпы санынан 36,2%-41,0% пайыз түзөт. 2012-2013 жылдары оорупкалган мигранттарды дарылоонун жетишкендигин химиятерапия эффективдүүлүгүнүн жайынтыктары менен салыштырылган болучу бул жалпы Бишкек ш. боюнча (2012 – 61,8%, 72,2% жана 2013 – 69,7%, 68,9% ылайыктуу), бирок бул көрсөткүчтөр республикалык көрсөткүчтөрдөн жана ЖДССУ (ВОЗ) стандарттарынан орчундуу төмөн ($\geq 85\%$), негизги себеби бул жалпысынан мигранттар группасында дарылоо режимин бузучулардын көптүк саны болгону менен байланынтуу.

Негизги сөздөр: мигранттар, кургак учук, дарылануунун жыйынтыгы, DOTS.

**TUBERCULOSIS AMONG MIGRANTS AND TREATMENT OUTCOMES OF NEW CASES
TUBERCULOSIS AMONG MIGRANTS IN KYRGYZ REPUBLIC**

Goncharova O.S., Sytina L.I., Kadyrov A.S.

The National centre of phthisiology MoH KR

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek c., Kyrgyz Republic

Resume. As a result of the research showed, that the greatest number of new cases TB among migrants is registered in a Bishkek of 36,2%-41.0% among of total of registered migrants in the Republic. Treatment success of registered migrants in 2012-2013 was comparable to results of treatment success in the city Bishkek (2012 – 61,8%, 72,2% and according to 69,7%, 68,9% in 2013), but below indicators in Republic (82,8% and 81,2%) and indicators of WHO ($\geq 85\%$). It was generally caused by lost to follow up in group of migrants (2012 – 20,6% and 2013 – 15,1%).

Key words: migration, tuberculosis, treatment outcomes, DOTS.

В настоящее время туберкулез (ТБ) является наиболее опасным и распространенным заболеванием среди мигрантов и социально-медицинской проблемой для здравоохранения всех стран. Мигранты относятся к группе высокого риска заболевания ТБ, на их долю ежегодно приходится большое число из всех выявленных случаев ТБ [1,2,3,4,5,6,7]. К распространению инфекции среди мигрантов предрасполагают условия проживания (скученность, не налаженный быт); отсутствие стабильного заработка и, как следствие, низкий уровень жизни; социальная незащищенность; ограниченный доступ к медицинским услугам; отсутствие сведений об источнике инфекции, диспансерного наблюдения и предупредительных противотуберкулезных мероприятий [8,9].

Кыргызская Республика (КР) является страной с высоким уровнем заболеваемости ТБ. Показатель заболеваемости туберкулезом среди населения в стране в 2012 году составлял 101,2 на 100 тыс. населения, в 2013 году – 99,8 на 100 тыс. населения, в 2014 году – 98,8 на 100 тыс. населения. Большая интенсивность внутренней и внешней миграции населения нашей страны – одна из многих причин, влияющих на эндемию заболевания в современных условиях. На долю мигрантов в КР ежегодно приходится более 20% от всех зарегистрированных случаев ТБ в стране.

Определить влияние мигрантов на эпидемиологическую обстановку по ТБ в КР и оценить результаты лечения впервые выявленных больных ТБ мигрантов – **цель нашего исследования.**

Материалы и методы исследования.

Объект исследования: Государственные отчетные формы по ТБ КР за 2012-2014 (Государственная отчетная форма № 8 «О заболеваниях активным туберкулезом», утвержденная Постановлением Нацстаткома КР № 49 от 26.05.2008 г); когортный анализ новых случаев ТБ с положительным мазком за 2012-2013 годы; информация областных и городских Центров борьбы с туберкулезом (ГЦБТ) о впервые выявленных больных ТБ среди мигрантов за 2012-2014 годы; база данных впервые выявленных больных ТБ мигрантов, зарегистрированных и получавших лечение в ГЦБТ и Центрах семейной медицины (ЦСМ) г. Бишкек в 2012-2013 годах (460 больных), созданная на основании медицинской документации (медицинские карты ТБ 01).

Граждане КР, мигрирующие внутри страны, условно были названы «внутренние мигранты», а вернувшиеся в республику из других стран – «внешние мигранты».

С целью определения влияния распространения ТБ среди мигрирующих групп населения на эпидемиологическую ситуацию в стране, была проведена статистическая обработка и сравнительный анализ числа выявленных случаев ТБ среди мигрантов в республике за период 2012-2014 годы.

Высокий процент впервые выявленных больных ТБ мигрантов в г. Бишкек и один из наиболее высоких показателей регистрации ТБ по стране определил выбор популяции для изучения результатов лечения этой категории больных. В группу исследования были включены 460 впервые выявленных больных ТБ мигрантов, зарегистрированных и получивших лечение в ГЦБТ г. Бишкек в 2012-2013 годах.

В исследуемой группе было 269 мужчин (58,5%) и 191 женщина (41,5%), из них 79% составили лица трудоспособного возраста, а остальные 21% – лица пенсионного возраста и лица, не достигшие совершеннолетия.

Социально-профессиональная принадлежность больных: 73% больных не имели постоянной работы и нигде не учились, 25 % – имели постоянную работу, 2% – учились.

Из общего числа больных 123 человека – внешние мигранты (26,7%): 103 человека (22,4%) вернулись из России, 16 человек (3,5%) приехали из Казахстана и 4 человека (0,9%) – из других стран. Из других регионов КР в г. Бишкек приехали 337 человек (внутренние мигранты – 73,3%): 89 человек (19,3%) – из Чуйской области, 59 человек (12,8%) – из Джалал-Абадской области, 54 человека (11,7%) – из Нарынской области, 48 человек (10,4%) – из Ошской области, 35 человек (7,6%) – из Иссык-Кульской области, 31 человек (6,7%) – из Таласской области, 21 человек (4,6%) – из Баткенской области.

У 392 мигрантов был выявлен легочной ТБ (85,2%), у 68 (14,8%) – внелегочные формы ТБ.

По клиническим формам болезни легочным ТБ распределялись следующим образом: 280 случаев (71,4%) – инфильтративный ТБ легких, из них имели распад 72 больных (25,7%); 37 случаев (9,4%) – диссеминированный ТБ легких, 6 случаев (1,5%) – очаговый ТБ легких, 5 случаев (1,3%) – туберкулома, 53 случая (13,5%) – фиброзно-кавернозный ТБ легких, 5 случаев (1,3%) – казеозная пневмония, 2 случая (0,5%) – милиарный ТБ легких, 3

случая (0,8%) – первичный туберкулезный комплекс, 1 случай (0,3%) – кавернозный ТБ легких.

Внелегочной ТБ был представлен следующими формами: 34 случая (50,0%) – плевриты, 11 случаев (16,2%) – ТБ внутригрудных лимфатических узлов, 13 случаев (19,1%) – ТБ позвоночника, 5 случаев (7,3%) – абдоминальный ТБ, 2 случая (2,9%) – ТБ нервной системы, 2 случая (2,9%) – ТБ мочеполовых органов, 1 случай (1,5%) – туберкулезный кератит.

В ходе лечения 34 больных в связи с выявлением лекарственно-устойчивых форм ТБ были перерегистрированы для лечения по индивидуальным схемам (2012 год – 20 больных, 2013 год – 14 больных) и исключены из анализа результатов лечения по стратегии DOTS. Исходы лечения новых случаев ТБ у мигрантов сопоставляли с результатами лечения всей совокупности впервые выявленных случаев ТБ среди населения в г. Бишкек и республики в целом за этот же период.

Анализ исходов контролируемых краткосрочных курсов химиотерапии (КХХТ) по стратегии DOTS проводили в соответствии с международными определениями и стандартами, рекомендованными Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Успех лечения определяли по сумме вылеченных и завершивших лечение больных [10].

При обработке полученных данных использовался стандартный параметрический метод оценки достоверности результатов исследования при степени вероятности безошибочного прогноза $p > 95\%$. Границы достоверных интервалов (ДИ), полученные в результате оценки достоверности результатов исследования, рассчитаны на основании ошибки репрезентативности каждого выборочного исследования.

Дизайн исследования: ретроспективное исследование и анализ когорт новых случаев ТБ среди населения КР, г. Бишкек и мигрантов.

Результаты исследования и их обсуждение.

Сравнительный анализ статистических данных по регистрации новых случаев ТБ среди населения в КР и мигрантов за период 2012-2014 годы показал, что в республике удельный вес впервые выявленных больных ТБ мигрантов за этот период, как и в предыдущие годы, составлял ежегодно почти четверть от всех впервые выявленных и зарегистрированных случаев ТБ. Так, в 2012 году среди мигрантов было зарегистрировано 1243 новых случаев ТБ, что составило 21,8% от всех впервые выявленных больных в стране, в 2013 году – 1341 новый случай (23,5%), в 2014 году – 1354 новых случая (23,9%). На долю мигрантов из южных регионов республики, заболевших ТБ, приходилось в 2012 году 40,1% (498 новых случаев), в 2013 году – 38,4% (515 новых случаев), в 2014 году – 40,8% (552 новых случая). В северных регионах наибольшее число новых случаев ТБ у мигрантов было зарегистрировано в г. Бишкек: в 2012 году – 36,2% (450 новых случаев); в 2013 году – 38,7% (519 новых случаев); в 2014 году – 41,0% (555 новых случаев) (табл. 1).

Среди заболевших ТБ мигрантов, как в республике, так и во всех регионах, преобладали внутренние мигранты. Так, в 2012 году на долю заболевших внутренних мигрантов в республике приходилось 55,7%, в 2013 году – 55,8%, в 2014 году – 56,9%.

Результаты лечения по стратегии DOTS впервые

Таблица 1.

Число зарегистрированных новых случаев ТБ среди мигрантов КР в 2012-2014 гг. (абс. число – % от общего числа впервые выявленных больных в регионе)

Годы	2012		2013		2014	
Регион	Всего впервые выявленных (абс.ч.)	Мигранты абс.ч. - %	Всего впервые выявленных (абс.ч.)	Мигранты абс.ч. - %	Всего впервые выявленных (абс.ч.)	Мигранты абс.ч. - %
Республика	5713	1243 – 21,8	5710	1341 – 23,5	5674	1354 – 23,9
Баткенская область	410	128 – 31,2	418	116 – 27,8	410	105 – 25,6
Д-Абадская область	943	148 – 15,7	878	203 – 23,1	904	214 – 23,7
И-Кульская область	316	106 – 33,5	319	110 – 34,5	316	64 – 20,3
Нарынская область	280	17 – 6,1	244	7 – 2,9	280	25 – 8,9
Ошская область	1039	187 – 18,0	1156	174 – 15,1	1039	202 – 19,4
Таласская область	230	4 – 1,7	257	-	230	9 – 3,9
Чуйская область	1196	168 – 14,0	1119	190 – 17,0	1196	149 – 12,5
г. Бишкек	1052	450 – 42,8	1101	519 – 47,1	1052	555 – 52,8
г. Ош	247	35 – 14,2	218	22 – 10,1	247	31 – 12,6

Таблица 2.

Когортный анализ исходов химиотерапии новых случаев легочного ТБ с положительным мазком в 2012–2013 гг. (абс.число – %, ДИ)

Когорты	Годы (n-число больных)	Успех лечения абс.ч.-% [ДИ]	Умершие абс.ч.-% [ДИ]	Неблагоп исход абс.ч.-% [ДИ]	Нарушен. режима абс.ч.-% [ДИ]	Переве- денные абс.ч.-% [ДИ]
Мигранты: новые случаи легочного ТБ, БК+	2012 (n=102)	63 – 61,8 [59,9-69,3] $p_{м-р} < 0,005$	5 – 4,9 [2,8 -7,0]	5 – 4,9 [2,8 -7,0]	21 – 20,6 [16,6-24,6] $p_{м-р} < 0,005$	8 – 7,8 [5,2-10,4]
	2013 (n=99)	69 -69,7 [65,1-74,3] $p_{м-р} < 0,05$	7 – 7,1 [4,5-9,7]	1 – 1,0 [0-2,0] $p_{м-Б} < 0,05$	15 -15,1 [11,5-18,7] $p_{м-р} < 0,05$	7 – 7,1 [4,6-9,6]
г. Бишкек: новые случаи легочного ТБ, БК+	2012 (n=241)	174 – 72,2 [69,3-75,1]	10 – 4,1 [2,8-5,4]	18 – 7,5 [5,8-9,2]	31-12,9 [10,9-15,0]	8 -3,3 [2,1-4,5]
	2013 (n=228)	157- 68,9 [65,8-72,0]	26 – 11,4 [9,3-13,5]	11 – 4,8 [3,4-6,2]	29 – 12,7 [10,5-14,9]	5 – 2,2 [1,2-3,1]
Республика: новые случаи легочного ТБ, БК+	2012 (n=1362)	1128 – 82,8 [81,8-83,8]	72 – 5,3 [4,7-5,9]	45 – 3,3 [2,8-3,8]	73 – 5,3 [4,7-5,9]	44 – 3,2 [2,7-3,7]
	2013 (n=1323)	1074 – 81,2 [80,2-82,2]	80 – 6,0 [5,4-6,6]	29 – 2,2 [1,6-2,6]	83 – 6,3 [5,6-7,0]	57 -4,3 [3,7-4,9]

Примечание: $p_{м-р}$ – когорты сравнения «мигранты – республика»,

$p_{м-Б}$ – когорты сравнения «мигранты – Бишкек».

выявленных больных ТБ мигрантов определяли в соответствии с международными определениями и стандартами ВОЗ по когортному анализу новых случаев легочного ТБ с положительным мазком. В 2012 году среди 210 впервые выявленных больных ТБ мигрантов, закончивших курс лечения по стратегии DOTS в ГЦБТ г. Бишкек, было 102 новых случая легочного ТБ с положительным мазком (48,6%), в 2013 году из 216 – 99 случаев (45,8%).

В таблице 2 представлены результаты лечения по стратегии DOTS новых случаев легочного ТБ с положительным мазком у мигрантов, населения гражданского сектора республики и г. Бишкек.

Эффективность химиотерапии новых случаев легочного ТБ с положительным мазком у мигрантов по когорте за в 2012 год составляла 61,8%, в 2013 году – 69,7% (при стандарте ВОЗ $\geq 85\%$), что статистически достоверно ниже соответствующих показателей успеха лечения по республике в целом. Так, успех лечения по КР в 2012 году составлял 82,8% ($p < 0,005$), в 2013 году – 81,2% ($p < 0,05$). Эффективность лечения новых случаев легочного ТБ с положительным мазком у мигрантов сопоставима с таковой по г. Бишкек (2012 год – 72,2%, 2013 год – 68,9%), достоверных различий выявлено не было.

Когортный анализ выявил в группе мигрантов высокий процент в исходе лечения «нарушение режима», в 2012 году он составлял 20,6%, в 2013 году – 15,1% (при стандарте ВОЗ $\leq 5\%$), что существенно выше значений аналогичного результата по республике. Так, по КР в целом нарушителей режима в 2012 году было 5,3% ($p < 0,005$), в 2013 году – 6,3% ($p < 0,05$). Результаты «нарушение режима» в группе мигрантов и по г. Бишкек статистически значимо не отличались. В г. Бишкек нарушителей режима в 2012 году было 12,9%, в 2013 году – 12,7%.

В когорте мигрантов в 2012 году умерло 4,9% больных, в 2013 году – 7,1% (при стандарте ВОЗ $\leq 5\%$), что не имеет существенных различий с аналогичным исходом лечения в когортах больных по г. Бишкек и республики в целом.

Неблагоприятный исход химиотерапии в когорте мигрантов в 2012 году составил 4,9%, в 2013 году – 1,0% (при стандарте ВОЗ $\leq 5\%$). Достоверное различие этого результата лечения было установлено только при сравнении с когортой больных по г. Бишкеку в целом за 2013 год (4,8%, $p < 0,05$). Остальные показатели сравнения результата лечения «неблагоприятный исход» по г. Бишкек и республике достоверных различий не имели.

Переведенных на лечение по месту жительства больных ТБ мигрантов в 2012 году было 7,8%, в 2013 году – 7,2%. Результат «переведенные» в когортах сравнения по республике и по г. Бишкек составлял в 2012 году 3,2% и 3,3% соответственно, в 2013 году – 4,3% и 2,2% соответственно. Достоверных различий в группах сравнения выявлено не было.

Таким образом, исходы химиотерапии по стратегии DOTS в изучаемой когорте мигрантов ниже результативности лечения впервые выявленных больных ТБ по г. Бишкек и в целом по КР. Основным неблагоприятным фактором, снижающим эффективность лечения впервые выявленных больных ТБ мигрантов, является еще большая, чем в гражданском секторе, низкая приверженность лечению и ограниченный доступ к медицинским услугам, что подтверждается очень частыми

нарушениями режима курса лечения.

Распространение ТБ среди мигрантов, низкая эффективность лечения новых случаев заболевания, большое число больных – нарушителей режима способствуют пополнению резервуара ТБ инфекции в республике. Это диктует необходимость разработки эффективных противотуберкулезных мероприятий с целью профилактики и своевременного выявления ТБ среди мигрантов с различным социальным статусом; результативных механизмов, обеспечивающих высокий уровень приверженности к лечению ТБ и прохождение больным полного курса контролируемого лечения.

Выводы:

1. В КР ежегодно удельный вес впервые выявленных больных ТБ мигрантов составляет почти четверть от всех впервые выявленных случаев ТБ.

2. Наибольшее число новых случаев ТБ у мигрантов регистрируется в г. Бишкек (2012 год – 42,8%, 2013 год – 47,1%, 2014 год – 52,8% от всех впервые выявленных больных в городе).

3. Исходы химиотерапии по стратегии DOTS впервые выявленных больных ТБ мигрантов в 2012–2013 годы сопоставимы с результативностью лечения ТБ по г. Бишкек в целом (2012 – 61,8%, 72,2% и 2013 – 69,7%, 68,9% соответственно), но значимо ниже республиканских показателей за этот же период (82,8% и 81,2%) и стандарта ВОЗ ($\geq 85\%$).

4. Основным неблагоприятным фактором, снижающим эффективность лечения впервые выявленных больных ТБ мигрантов, является низкая приверженность лечению, что подтверждается очень частыми нарушениями режима курса лечения мигрантами (15,1–20,6%).

Литература:

1. Баласанянц Г.С., Федоров С.В. Характеристика современных очагов туберкулезной инфекции // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. – 2008. – № 11. – С. 15–19.
2. Вартамян Ф.Е., Шаховский К.П. Туберкулез: проблемы и научные исследования в странах мира // *Туберкулез и болезни легких*. – 2002. – № 2. – С. 48–50.
3. Касимцева О.В. Оценка эпидемической опасности очага туберкулезной инфекции, где проживают дети и подростки // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. – 2008. – № 10. – С. 32–35.
4. Краснов В.А., Ревякина О.В., Филимонов П.Н. и др. Влияние отдельных демографических и географических факторов на оказание противотуберкулезной помощи в регионах Сибири и Дальнего Востока // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. – 2012. – № 8. – С. 10–15.
5. Kärki T., Napoli C., Riccardo F. et al. Screening for Infectious Diseases among Newly Arrived Migrants in EU/EEA Countries-Varying Practices but Consensus on the Utility of Screening // *Int J Environ Res Public Health*. – 2014. – Oct. 21; 11 (10):11004–14. doi: 10.3390/ijerph111011004.
6. Ailinger R.L., Armstrong R., Nguyen N. et al. Latino immigrants' knowledge of tuberculosis // *Public Health Nurs*. – 2004. – Nov.-Dec. 21 (6). – P. 519–523.
7. Чулис О.Н., Хорошилова Н.Е., Великая О.В. и др. Туберкулез у мигрантов в г. Воронеже // *Туберкулез и болезни легких*. – 2015. – № 6. – С. 175–176.
8. Одинец В.С., Иоффе Л.А., Кикоть О.К. Влияние миграционных процессов на эпидемиологию туберкулеза в Ставропольском крае // *Проблемы туберкулеза*. – 1997. – № 1. – С. 33.
9. Овсянкина Е.С., Стахеева Л.Б., Слогоцкая Л.В. и др. Туберкулез у детей и подростков – мигрантов в Москве // *Туберкулез и болезни легких*. – 2011. – № 9. – С. 38–42.
10. Лечение туберкулеза: Рекомендации для Национальных программ / ВОЗ, Женева. – 2011. – 185 с.

**ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА
ПРОЖИВАЮЩИХ В БИШКЕКСКОМ ДОМЕ - ИНТЕРНАТЕ**

Цивинская Т.А., Сомкулова Э.Дж., Тилегул к. А., Эсенаманова М.К.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра гигиенических дисциплин МПД

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Результаты исследования фактического питания среди лиц пожилого возраста, проживающих в доме интернате, показали, что суточный продуктовый набор ограничен, отмечается недостаток биологически ценных продуктов (мясо, рыба, молоко, молочные продукты), питание углеводистой ориентации, что привело к не сбалансированности в основных питательных веществах в суточном рационе в весенний сезон 2014-2015 гг.

Ключевые слова: фактическое питание, суточный рацион, белки, жиры, углеводы, энергетическая ценность, пожилые и старые.

**БИШКЕК ШААРЫНДАГЫ КАРЫЛАР ҮЙҮНӨ ИШ ЖҮЗҮНДӨ
ТАМАКТАНУУСУНА БАА БЕРҮҮ**

Цивинская Т.А., Сомкулова Э.Дж., Тилегул к. А., Эсенаманова М.К.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Медициналык алдын алуу иштеринин гигиеналык дисциплиналар кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Карылар үйүнүн, 2014-2015 жылынын жаз мезгилиндеги анык тамактануусунун изилдөөсүнүн натыйжасында, күнүмдүк тамак тизмесиде негизги тамактандыруучу азыктардын (эт, балык, сүт, сүтазыктары) жетишсиздиги, углеводдордун ашыкча колдонулгандыгынан тамактануунун балансы жок болгондугу аныкталды.

Негизги сөздөр: анык тамактануу, күнүмдүк тамак тизмеси, белоктор, углеводдор, майлар, энергетикалык кубатуулугу, кары картандар.

**ASSESSMENT OF THE ACTUAL NUTRITIONAL SITUATION OF OLDER
PERSONS RESIDING IN BISHKEK HOUSE-BOARDING**

Tsivinskaya T.A., Somkulova E.D., Tilegul kzy A., Esenamanova M.K.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev

Department of hygienic disciplines

Bishkek c., Kyrgyz Republic

Resume. The results of a study of the actual nutritional situation among seniors living in the boarding house, showed that daily grocery set is limited, there are a lack of biologically valuable products (meat, fish, milk, dairy products), food is more carbohydrate orientation, no balance in the main nutrients in the daily diet in spring season 2014-2015 timeframe.

Keywords: proteins, lipoids, carbohydrate, actual food, daily diet, power value, mature and old.

В последние десятилетия резко усилился интерес к проблеме старости, так как она оказывает существенное влияние на экономическую и социальную структуру всех стран. По данным ООН количество людей в возрасте 60 лет и старше к 2025 году достигнет 1 млрд. 100 млн. и больше. В Кыргызской Республике 10% населения составляют лица пенсионного возраста, а средняя продолжительность жизни для мужчин составляет 66,1 года, для женщин 74,1 года [1,2,3].

Одна из важнейших проблем физиологии людей, особенно преклонного возраста – это противоречие между образом жизни и питанием [4]. Следует отметить, что особенности питания лиц пожилого возраста обусловлены, прежде всего, возрастными изменениями, ведь старость – это последовательно запрограммированное явление [5]. Как известно, физиологическое старение не осложнено какими-либо патологическими процессами и проявляется закономерными изменениями органов и систем у практически здоровых пожилых и старых людей. По мере старения у человека возникает целый ряд функциональных и морфологических изменений, которые самым непосредственным образом влияют на процессы усвоения и переваривания пищи. В связи с чем питание

пожилых людей должно быть не только полноценным, но и сбалансированным, с учетом возрастных особенностей организма [6,7].

Материалы и методы.

Исследование проводилось на базе Бишкекского городского дома-интерната. Изучено фактическое питание пожилых и старых людей в возрасте 60 лет и старше в весенний период путем анализа суточных рационов (20 меню-раскладок). Химический состав и энергетическая ценность рационов рассчитывались с использованием действующих справочно-методических материалов [8].

Обработка первичной информации осуществлялась с помощью компьютерной программы позволяющей в автоматическом режиме производить расчет количественного и качественного состава рационов – «1-С предприятие». Статистический анализ проводили с использованием программы EXCEL -2007 с использованием программы ANALYSIS (Epi info 6, США).

Результаты и обсуждения.

Анализ фактического питания пожилых и старых лиц показал, что весенний период для дома-интерната является проблемным в обеспечении рационов питания продуктами с высокой биологической ценностью. Как

видно из таблицы 1 содержание белка в рационе в весенний период 2014 г было достоверно снижено на 2,5% ($p<0,001$), в сравнении с 2015 г, где отклонений не наблюдалось. Содержание животного белка в 2014 г было снижено на 37,7%, что обусловлено увеличением в рационе белков растительного происхождения. Как известно из источников, около 55% белка должно приходиться на белки животного происхождения, которые являются источниками незаменимых аминокислот, обладающих регенеративными свойствами и противосклеротическим действием [9,10].

Однако в весенний период 2015 г содержание белка животного и растительного происхождения достигло нормы. Данный факт свидетельствует о том, что в 2015 году был увеличен бюджет на питание, что повлияло на сбалансированность и количество потребляемых основных питательных веществ.

Потребление жиров в 2014 и 2015 годах приближено к физиологической норме и имеет незначительные отклонения.

Углеводы в питании лиц пожилого возраста имеют немаловажное значение, в особенности сложные углеводы

Таблица 1.
Пищевая и энергетическая ценность рационов лиц пожилого возраста в весенний период 2014-2015 гг ($M\pm m$)

Пищевые вещества	Физиологическая норма	Фактическое потребление за 2014 год	Отклонение от нормы, %	Фактическое потребление за 2015 год	Отклонение от нормы, %
Белки в т.ч. животные	80 47,25%	78,03 $\pm$ 2,0** 29,4%	-2,5 -37,7	80 $\pm$ 4,45 51%	0 +7,9
Жиры в т.ч. растительные	78	74,8 $\pm$ 2,72	-4,1	77,4 $\pm$ 4,46 25,5	-0,8
Углеводы	272,7	468 $\pm$ 10,3**	+71,6	384 $\pm$ 36,2	+40,8
Энергетическая ценность	2100	2614 $\pm$ 65,4	+24,5	2435 $\pm$ 170	+15,9

Примечание: ** $p<0,001$ – различия достоверны при оценке основных питательных веществ рационов.

Таблица 2.
Характеристика продуктового набора (гр) пожилых лиц проживающих в доме-интернате г. Бишкек 2014-2015 гг.

№	Продуктовый набор	Фактическое потребление пищевых продуктов в гр. за 2014-2015 гг.		Рекомендуемая норма потребления пищевых продуктов
		2014 г.	2015 г.	
1	Хлеб пшеничный	450,0	300,0	110,0
2	Макаронные изделия	40,8	34,6	15,0
3	Крупы	80,0	65,0	28,25
4	Бобовые	9,0	10,0	3,5
5	Овощи	120,0	136,0	305,0
6	Картофель	400,0	396,0	138,2
7	Сахар, кондитерские изделия	60,0	60,0	64,25
8	Мясо, мясопродукты	70,5	93,5	145,5
9	Рыба, рыбопродукты	45,0	50,0	17,75
10	Молоко и молочные напитки	50,0	25,0	110,0
11	Творог	15,0	0	21,0
12	Сыр	12,0	15,0	13,0
12	Сметана	5,0	8,5	10,5
13	Масло сливочное	10,0	10,0	13,0
14	Растительное масло	25,0	24,0	21,0
15	Яйцо (шт)	0,5	0,5	0,5
16	Сок	150,0	200,0	-
17	Чай	6,0	6,0	2,0
18	Пищевая соль	3,0	3,0	6,0

- клетчатка и пектин. Данные углеводы участвуют в профилактике дивертикулезов, запоров и варикозного расширения вен. Из таблицы видно, что содержание углеводов в 2014 году достоверно выше нормы на 71,6% ($p < 0,001$), в сравнении с 2015 г. Увеличение углеводов в рационе связано с большим потреблением хлеба и макаронных изделий, что в свою очередь увеличивает риск развития ожирения, сахарного диабета 2-го типа и сердечно - сосудистых заболеваний.

По энергетической ценности среднесуточное потребление энергии оказалось избыточным, так фактически в 2014 году энергоценность рациона составила 2614 ккал (что превышает норму на 24,5%), а в 2015 году – 2435 ккал (на 15,9%). Увеличение калорийности рациона в большей степени связано с преимущественным потреблением углеводсодержащих продуктов питания – хлеба, макаронных изделий, круп и картофеля.

Данные химического состава суточного рациона подтверждаются продуктовым набором, указанным в таблице 2.

Как видно из таблицы 2 продуктовый набор за весенний сезон 2014-2015 года не соответствует рекомендуемым нормам потребления пищевых продуктов лицами, проживающими в доме-интернате. Так потребление хлеба, макаронных изделий, круп и бобовых увеличено в 2014-2015 годах на 75,6% и 63,4% в сравнении с рекомендуемыми нормами, что обуславливает углеводистую направленность в питании (табл.1). Однако следует отметить, что потребление выше описанных продуктов в 2015 году имеет незначительное снижение, а потребление мяса, мясных продуктов, рыбы, рыбных продуктов увеличено на 34,6% соответственно, но ниже рекомендуемых норм потребления мяса на 43,8%. Кроме того увеличено потребления рыбных продуктов (рыбные консервы) на 62,5%.

Потребления молока, молочных напитков также снижено в 2014-2015 году на 65,9%, как и потребления молочных продуктов за исключением сыра, его содержание в суточных рационах приближено к рекомендуемым нормам.

Следует отметить, что физиологическую потребность в жирах лица пожилого возраста покрывают

за счет растительных масел. Как видно из таблицы 2 растительные масла в 2014-2015 годах увеличено в сравнение с рекомендуемыми нормами, а вот потребления фруктов, сухофруктов компотов, в рационах отсутствуют. Данные продукты питания являются дополнительными источниками потребления минеральных веществ и витаминов, которые необходимы людям в возрасте.

Выводы.

В ходе проведенного исследования выявлено, что питание лиц пожилого возраста, проживающих в доме-интернате г. Бишкек, качественно и количественно не рационально и преимущественно носит углеводистый характер. Таким образом, необходимо дальнейшая разработка физиологических норм питания с учетом возрастных изменений и физической активности, которое в свою очередь способствует укреплению здоровья и улучшению качества жизни пожилых и старых людей.

Литература:

1. Котельников Г.П., Яковлев О.Г., Захарова Н.О. Геронтология и Гериатрия. Питание в пожилом и старческом возрасте. Москва. - 1997. - 650 с.
2. Нанаева Г.К. Гериатрия. Учебно-методическое пособие к практическим занятиям для студентов 6 курса и клинических ординаторов по семейной медицине. Бишкек. - 2002. - 70 с.
3. Демографический ежегодник Кыргызской Республики 2009-2013 г.: Статистический сборник. - Бишкек, 2014. - 319 с.
4. Данияров М.Р. Научно обоснованное питание людей преклонного возраста // Вестник таджикского государственного университета права, бизнеса и политики. - 2009. - №3. С.51-55
5. Лазебник Л.Б. Практическая гериатрия. - М., Анахарсис, 2002. - 379-409 с.
6. Воронина Л.П. Вопросы рационального питания у пожилых людей // Медицинские новости. - 2007. - №6. - С.36-41.
7. Неустроева В.Н. Фактическое питание лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей с метаболическим синдромом: дисс. ... канд. мед. наук. Красноярск, 2014. - 129 с.
8. Скурихин И.М., Тутельян В.А. Химический состав российских пищевых продуктов. М.: ДеЛи принт, 2002. - 235 с.
9. Петровский К.С. Питание в пожилом возрасте. М.: Медицина, 1969г. - 69 с.
10. Барановский А.Ю. Диетология /4-е издание. - СПб.: Питер, 2013. - 1024 с.

**КОНТРАСТ-ИНДУЦИРОВАННОЕ ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК. ФАКТОРЫ РИСКА.
ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР**

Сагынбаева Г.А., Ибрагимова Т.М., Звенцова В.К., Калиев Р.Р.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Кафедра терапии общей практики с курсом семейной медицины

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Современная медицина широко использует разнообразные лечебно-диагностические процедуры с использованием рентгеноконтрастных средств. В связи с чем появилась проблема развития рентгеноконтрастной нефропатии. Рядом авторов выделяется несколько факторов риска, таких как возраст пациента, сопутствующий сахарный диабет, анемия, исходная почечная недостаточность и др. Но несмотря на большое количество клинических исследований, многие вопросы контраст-индуцированной нефропатии до настоящего момента остаются не вполне ясными, что приводит к необходимости дальнейших исследований в этой области.

Ключевые слова: контраст-индуцированная нефропатия, контрастные вещества, ХБП, сахарный диабет.

**БӨЙРӨКТӨРДҮН КОНТРАСТ-БАЙЛАНЫШКАН КУРЧ БУЗУЛУУСУ.
ТОБОКЕЛДИК ФАКТОРЛОРУ.**

Сагынбаева Г.А., Ибрагимова Т.М., Звенцова В.К., Калиев Р.Р.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Заманбап медицина рентген-контрасттык каражаттарды пайдалануу менен ар кандай дарылоо-дарт аныктоо жолдорун кенири пайдаланат. Ушуга байланыштуу рентген-контрасттык нефропатиянын өнүгүш көйгөйү пайда болду. Бир катар авторлор тарабынан бейтаптын курагы, коштоочу кант диабети, аз кандуулук, болгон бөйрөк жетишсиздиги ж.б. ушул сыяктуу бир нече козгоочу факторлору бөлүнөт. Бирок сандаган клиникалык изилдөөлөргө карабастан, контрастка байланыштуу нефропатиянын көптөгөн маселелери азыркы учурга чейин толук түшүнүктүү боло элек, мындай жагдай бул жаатта андан аркы изилдөөлөрдүн зарылчылыгына алып келет.

Негизги сөздөр: контрасттка-байланыштуу нефропатия, контрасттык заттар, ОБО, кант диабети.

CONTRAST-INDUCED ACUTE KIDNEY INJURY. RISK FACTORS.

Sagynbaeva G.A., Ibragimova T.M., Zvenzhova V.K., Kaliev R.R.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva

Bishkek c., the Kyrgyz Republic

Resume. Modern medicine makes extensive use of a variety of therapeutic and diagnostic procedures using contrast media. In this connection, there was a problem of development of X-ray contrast nephropathy. Several authors highlighted several risk factors, such as patient age, concomitant diabetes mellitus, anemia, kidney failure initial and others. But in spite of the large number of clinical studies, many questions of contrast-induced nephropathy to the present day are not quite clear, that it leads to the need for further research in this area.

Keywords: contrast-induced nephropathy, contrast agents, CKD, diabetes mellitus.

В настоящее время наблюдается рост частоты использования контрастных средств при разнообразных диагностических и лечебных процедурах. По данным Американской ассоциации сердца, только в 2003 г. было проведено примерно 1 млн. 414 тыс. коронарной ангиографии (АНА HDSS 2006). Параллельно с этим отмечается увеличение случаев развития контраст-индуцированной нефропатии (КИН).

Нефропатия, обусловленная рентгеноконтрастными средствами (РКС), проявляется острым нарушением почечной функции, которая определяется, как повышение концентрации креатинина в сыворотке крови (Scr) более чем на 25% от исходного уровня или более чем на 0.5 мг/дл (44.2 мкмоль/л), и уменьшение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) после введения йодированного контрастного агента в течение 48-72 часов при отсутствии других причин [8,31]. По данным клиники Мауо, частота развития КИН среди 7586 пациентов, перенесших чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ), составила 3.3% [32]. В то же время в относительно небольшом исследовании McCullough P.A. и соавт. [11],

где были проанализированы данные 1826 пациентов, подвергавшихся ЧКВ, КИН была зарегистрирована в 14.5% случаев, а гемодиализ в этих двух исследованиях потребовался в 0.7% и 0.3%, соответственно.

Многофакторный анализ и крупные исследования показали, что, независимо от исходного уровня функции почек, развитие КИН является причиной роста внутрибольничных заболеваемости, смертности, стоимости медицинского обслуживания и длительности сроков пребывания в стационаре. Таким образом, развитие острой почечной недостаточности (ОПН) вследствие КИН, является фактором ухудшающим прогноз.

Факторы риска контраст-индуцированного острого повреждения почек.

Перед проведением рентгеноконтрастных исследований (РКИ) необходимо определять группы пациентов, имеющих факторы риска развития КИН. Наиболее важными факторами риска развития КИН, связанными с пациентом, являются: исходная почечная недостаточность, сахарный диабет (СД), возраст старше 70 лет, гиповолемия, гипотензия, низкий сердечный

выброс, сердечная недостаточность, пересадка почки в анамнезе, гипоальбуминемия (< 35 г/л), анемия и прием нефротоксичных лекарств.

Из факторов, связанных с вмешательством, особенно нужно выделить высокую осмолярность контрастного вещества (КВ), ее большой объем и интраартериальное введение, а также повторные рентгенохирургические операции в течение 72 часов. Значимость вышеперечисленных факторов риска неоднократно обсуждалась и была подтверждена многими исследованиями [7, 9, 11, 32, 36].

Mehran R. и соавт. в 2004 году разработали и валидизировали прогностическую шкалу риска КИН у больных, перенесших ЧКВ [26], у которых имеется не один, а несколько факторов риска развития данного осложнения. Алгоритм расчета риска по шкале Mehran R. представлен в табл.1.

Исходная почечная недостаточность.

Установлено, что наличие хронической болезни почек (ХБП) с СКФ < 60 мл/мин/1,73м² наиболее важный фактор риска КИН [7, 9, 11, 26, 32].

Повышение уровня сывороточного креатинина – критический фактор риска развития КИН. Об этом свидетельствуют, в частности, результаты исследования Hall K.A. и соавт. [15]. Так, при исходном уровне креатинина менее 1.2 мг/дл после ангиографии КИН развилась всего в 2%, в то же время у пациентов с содержанием креатинина сыворотки крови от 1.4 до 1.9 мг/дл частота развития КИН возрастала до 10.4%, а у лиц с креатинином более 2.0 мг/дл – до 62%.

Вместе с тем, знание одного уровня креатинина сыворотки крови недостаточно для оценки риска развития

КИН, так как его величина может широко варьировать в зависимости от пола, возраста, мышечной массы больного и не всегда отражает степень почечной дисфункции. Для более точной оценки ренальной функции необходимо определять и другие показатели, в частности, данные клиренса креатинина. Так, было показано [27], что пациенты с нормальным уровнем креатинина, но с низкой СКФ имели более высокий риск развития нефропатии.

Шульженко Л.В. и соавт. [2], исследуя 1159 больных, перенесших ЧКВ с имплантацией стандартного металлического стента, показали, что частота развития ОПН значимо возрастала по мере падения СКФ и не зависела от типа установленных стентов.

Сахарный диабет. В многочисленных исследованиях [7, 26, 32, 30] СД определен как один из значимых и независимых факторов риска развития КИН. Частота возникновения данного осложнения у больных СД колеблется от 5.7 до 29.4% [30, 21, 5]. Учитывая высокую распространенность диабета в общей популяции и его способность вызывать широкий спектр сердечно-сосудистой патологии, пациенты, страдающие СД, часто подвергаются различным контрастным исследованиям с целью диагностики и определения тактики лечения. Интересно отметить, что вероятность КИН у больных СД возрастает даже при сохраненной функции почек [4]. По данным Dangas G. и др. [18] среди 7230 пациентов с или без ХБП, которым впервые проводилось ЧКВ поражение почек было обнаружено у 19.2% пациентов с ХБП и 13.1% пациентов без ХБП. При этом отмечено, что не только длительность пребывания в стационаре, частота осложнений, но и однолетняя смертность была значительно выше у пациентов с исходно сниженной

Таблица 1.
Шкала риска развития КИН после ЧКВ

Факторы риска	Индекс по шкале
Гипотензия	5
Применение ВАБК	5
Застойная сердечная недостаточность	5
Возраст более 75 лет	4
Анемия	3
Сахарный диабет	3
Объем контрастного вещества	1 на каждые 100 мл
Креатинин сыв. крови более 1.5мг/дл или СКФ (по MDRD) менее 60 мл/мин/1.73м ²	4 2 при СКФ от 40 до 60 4 при СКФ от 20 до 40 6 при СКФ менее 20
Все набранные индексы суммируются	

Оценка риска по шкале

Суммарный индекс	Риск КИН	Риск гемодиализа
Не более 5	7,5%	0,04%
От 6 до 10	14%	0,12%
От 11 до 16	26,1%	1,09%
Более 16	57,3%	12,6%

Примечание: ВАБК-внутриаортальная контурпульсация; СКФ (по MDRD) – скорость клубочковой фильтрации (по Modification of Diet in Renal Disease Study).

СКФ, одновременно страдающих СД, дисфункцией левого желудочка и сердечной недостаточностью.

Наличие других факторов риска, таких как почечная недостаточность или протеинурия, у больных СД еще больше увеличивает шанс развития КИН. По данным Berns A.S. с соавт. [8] КИН у выявлена у 27% больных, страдающих СД с исходным уровнем креатинина от 2.0 до 4.0 мг/дл и у 81% - с исходным уровнем креатинина более 4.0 мг/дл. Torpak O. и соавт. [36], разделив пациентов по уровню глюкозы отмечает, что КИН обнаружена у 5.5% пациентов с нормальным уровнем глюкозы и у пациентов в преддиабетном состоянии 11.4% случаев, а у больных с СД ее выявляемость составила 20% случаев. Таким образом, сочетание СД и почечной недостаточности прогностически оказывается более неблагоприятным.

Застойная сердечная недостаточность и нестабильность гемодинамики. Наличие сердечной недостаточности III-IV класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца характеризуется повышенным риском появления КИН [9, 26, 32, 30].

Острый инфаркт миокарда (ОИМ) передней локализации, как хорошо известный фактор ухудшения гемодинамики, так же как гипотензия во время ангиографии, использование внутриаортальной баллонной контрпульсации были независимыми причинами возникновения КИН у пациентов во время первичного ЧКВ [26, 24].

Jin Wi и соавт. [16] провели исследование, целью которого было оценить прогностическую шкалу риска КИН по Мехран R. и отдаленные клинические результаты у пациентов с ОИМ, перенесших ЧКВ при дисфункции почек. Результаты показали, что у пациентов в группах повышенного риска значительно чаще наблюдались сердечно-сосудистые и цереброваскулярные осложнения, включая повторный инфаркт миокарда, сердечную недостаточность, инсульт и внезапную смерть в течение двух лет после КИН.

В исследовании Stylianos A. и соавт. [34] 644 пациентам с ОИМ и острой сердечной недостаточностью, было проведено ЧКВ и оценена связь между фракцией выброса левого желудочка и СКФ. Первичной конечной точкой исследования были неблагоприятные сердечно-сосудистые осложнения, развившиеся в течение первого года после процедуры (внезапная смерть, повторный инфаркт миокарда и кровотечение). Показано, что у лиц ОИМ без острой левожелудочковой сердечной недостаточности с КИН кардиоваскулярные осложнения в течение года выявлялась лишь в 7% случаев, в то время как у больных с осложненным течением ОИМ - у 38%. Таким образом, снижение насосной функции сердца служит причиной развития КИН, а шкала риска КИН по Mehran R. имеет большое прогностическое значение для пациентов с ОИМ, перенесших ЧКВ при дисфункции почек.

Пожилой возраст ассоциируется с постепенным спадом функции почек, что по некоторым данным также является независимым фактором развития КИН [27, 13].

Анемию относят к общепринятым факторам риска угрозы КИН. В исследовании Nikolsky E. и соавт. состоящем

из 6773 больных, последовательно перенесших ЧКВ, при многофакторном регрессионном анализе исходно низкий гематокрит был определен, как независимый предиктор возникновения КИН [29]. При этом также выявлено, что частота развития КИН увеличивалась по мере снижения СКФ. Следовательно, низкие базовые уровни СКФ и гемоглобина являются независимыми предикторами КИН.

Состояние после трансплантации почки. Ahuja T.S. с соавт. [3] ретроспективно оценили результаты исследований с введением контраста у 144 пациентов с функционирующим почечным аллотрансплантатом. Оказалось, что в целом по группе частота КИН составила 21.2% и была особенно высока (42.8%) среди тех, кто не имел адекватной гидратации перед контрастным исследованием.

В противоположность вышеприведенным данным в исследовании Haider M. и соавт. [14] ретроспективно проанализировали 124 пациента с пересаженными почками в период с января 2002 года по декабрь 2013 года. Из 124 пациентов у 7 (5.64%) обнаружена КИН. Частота КИН у реципиентов почечного трансплантата была низкой (5.6%). Это низкая частота может быть связана с высоким базовым уровнем СКФ и использованием низкоосмолярного КВ. Таким образом, вопрос остается спорным, необходимо дальнейшее изучение состояния после трансплантации почек как фактора риска КИН.

Объем вводимого при исследовании КВ имеет первостепенное значение в развитии КИН [5]. Это главный, поддающийся изменению, фактор риска КИН. Однако, рост сложности коронарных вмешательств неизбежно вызывает увеличение объема использования контрастных агентов во время процедуры, и, следовательно, увеличивает риск КИН. Корреляционная связь между величиной вводимого КВ и частотой КИН была зарегистрирована во многих исследованиях, как правило, суммарное количество, введенного пациентам индикатора, у которых в последствии развилась КИН, было больше, чем у больных которым вводили меньшее количество контраста [22, 26, 23, 12]. Существует правило, объем контрастного вещества (в мл), не должен превосходить СКФ более чем в два раза, то есть пациентам с тяжелой ХБП при проведении коронарной ангиографии (КАГ) целевым количеством вводимого КВ будет не более 30 мл, а при последующем проведении не более 100 мл. Таким образом, объем контрастных средств служит независимым предиктором КИН. Согласно данным McCullough P.A. и соавт. [11], риск КИН минимален у больных, получивших менее 100 мл контрастного материала.

Тип контрастного вещества. Используемые в настоящее время контрастные средства, представляют собой производные бензойной кислоты, которые имеют существенные различия в химических свойствах, включая количество молекул йода, содержание натрия и осмолярные свойства состава. Эти свойства определяют такие характеристики КВ, как осмотическая концентрация раствора, степень ионизации и вязкость. Контрастные материалы классифицируют в зависимости от их осмолярности на высоко- (около 2000 мОсм/кг), изо- (290 мОсм/кг), низкоосмолярные (600-800 мОсм/кг). Осмолярность КВ (табл. 2), представленных на

Таблица № 2.
Свойства контрастных веществ

Наименование	Осмолярность	Степень ионизации
Диатризоат	Высокая	Ионный мономер
Йоталамат	Высокая	Ионный мономер
Йокситаламат	Высокая	Ионный мономер
Йоксаглат	Низкая	Ионный димер
Йогексол	Низкая	Неионный мономер
Йопаמידол	Низкая	Неионный мономер
Йоверсол	Низкая	Неионный мономер
Йопромид	Низкая	Неионный мономер
Йобитридол	Низкая	Неионный мономер
Йомепрол	Низкая	Неионный мономер
Йодиксанол	Изо	Неионный димер

фармацевтическом рынке, снизилась до физиологических значений за последние 40 лет. Так, в 50-х годах прошлого века применяли только КВ с осмолярностью в 5-8 раз превышающей осмолярность плазмы крови. В 80-е годы появились низкоосмолярные вещества, такие как йогексол, йопаמידол и йоксаглат, имеющие осмолярность всего в 2-3 раза выше, чем у плазмы крови. В 90-х годах были разработаны изоосмолярные вещества (йодиксанол), имеющие такую же осмолярность, как и плазма крови [1].

К настоящему времени проведено много изысканий, сравнивавших различные контрастные материалы. Barrett V.J. и соавт. [6] еще в 1993 году опубликовали метаанализ 31 рандомизированного исследования, где показано, что у больных с исходной почечной недостаточностью использование низкоосмолярных КВ более предпочтительнее. В рандомизированной многоцентровой работе Rudnick M.R. с сотр. [33] сравнили низкоосмолярный неионный контраст йогексол и высокоосмолярный ионный маркер диатризоат у 1196 больных, перенесших коронарную ангиографию. Острое токсическое повреждение почек наблюдалось у 7% больных, получивших диатризоат, по сравнению с 3% у больных, получивших йогексол ($P < 0.002$). В ходе анализа данных 16 рандомизированных контролируемых исследований, включивший в себя 2727 пациентов, сопоставлена нефротоксичность у изоосмолярного контрастного препарата йодиксанола и низкоосмолярных контрастных агентов [10]. Пик подъема креатинина в течение трех дней после введения контрастного раствора был значительно меньше среди больных, получивших йодиксанол и соответственно у данной категории больных КИН возникла значительно реже. В двух исследованиях RECOVER [17] и ICON [25] пациенты с ХБП были рандомизированы в отношении введения изоосмолярного йодиксанола и низкоосмолярного йоксаглата. Частота КИН в работе RECOVER оказалась значительно ниже в группе больных, получивших йодиксанол – 7.9% по сравнению с 17.0% в группе йоксаглата ($P = 0.021$), но в проекте ICON разница к меньшей частоте КИН в группе йодиксанола не достигла уровня значимости (16.2% против 24.2% в группе йоксаглата, $P = 0.285$). В рекомендациях Американского колледжа кардиологов/

Американской ассоциации сердца по ведению пациентов с ОКС также рекомендуют использовать изоосмолярные вещества (класс I, уровень доказательности A). Таким образом, использование изоосмолярного КВ йодиксанола реже приводит к развитию КИН.

Также, одним из важных факторов риска КИН является путь введения. До настоящего времени исследований, прямо сравнивающих внутривенные и внутриаартериальные пути введения, не проводили, но отмечается более высокая частота развития почечных осложнений после внутриаартериального нагнетания КВ. Необходимо учитывать, что внутривенно КВ назначают при выполнении компьютерной томографии пациентам со стабильной гемодинамикой и количество введенного КВ меньше, чем при артериографии. Соответственно, почки получают меньшую нагрузку КВ. Концентрация КВ успевает снизиться вследствие разведения при внутривенной инъекции к моменту прохождения через почки. Так, в работе Katzberg R.W. и соавт., лишь у 5% пациентов с ХБП I-III стадии при проведении компьютерной томографии развилась КИН [20].

При внутриаартериальном применении КВ, по различным данным, частота проведения процедур, направленных на замещение функции почек выше и составляет 0,7% [22] у пациентов в общей популяции, до 7% у больных с ХБП (58). Следовательно, риск развития КИН значительно ниже при внутривенном попадании КВ.

Риск развития КИН, ассоциированный с использованием нефротоксичных препаратов, сложно поддается точной оценке. Эксперты единогласно не рекомендуют назначить нефротоксичные средства накануне применения КВ и в первые 48 ч после него [24].

Таким образом, методы коронароангиографии и ЧКВ для диагностики и лечения коронарной болезни сердца требуют огромного внимания врачей к проблеме осложнений инвазивной процедуры. Определение пациентов группы высокого риска, максимальная коррекция модифицируемых факторов риска позволит значительно снизить количество контрастиндуцированных осложнений. Разработка способов, предотвращающих развитие КИН, и сегодня остается одной из главных задач кардиологов и интервенционных хирургов. Несмотря

на проведение большого количества посвященных этой проблеме клинических исследований, многие вопросы патогенеза, профилактики КИН до настоящего момента остаются не вполне ясными, что определяет необходимость дальнейших поисков в этой области.

Литература:

1. Миронова О.Ю. Индуцированная контрастными веществами нефропатия. Тер. архив 2013; том 85. №6: стр. 90-95.
2. Шульженко Л.В., Периуков И.В., Батыралиев Т.А. Контраст-индуцированная нефропатия. Фокус на профилактику. Интервенц. Кард. 2010; 20: 47-59.
3. Ahuja TS, Niaz N, Agraharkar M. Contrast-induced nephrotoxicity in renal allograft recipients. Clin Nephrol. 2000 Jul;54(1):11-14.
4. Bachorzewska Gajewska, J.S. Malyszko et al. Undiagnosed renal impairment in patients with and without diabetes with normal serum creatinine undergoing percutaneous coronary intervention. Nephrology 2006; Vol.11, (6): P. 549-554.
5. Bagshaw S.M., Culleton B.F. Contrast-induced nephropathy: Epidemiology and prevention. Minerva Cardioangiol. 2006; 54:109-129.
6. Barrett B.J., Carlisle E.J. Metaanalysis of the relative nephrotoxicity of high- and low-osmolality iodinated contrast media. Radiology 1993; 188: 171-178.
7. Bartholomev B.A., Harjai K.J., Dukkipati S. et al. Impact of nephropathy after percutaneous coronary intervention and a metod for risk stratification. Am. J. Cardiol. 2004; 93:1515-1519.
8. Berns A.S. Nephrotoxicity of contrast media. Kidney Int. 1989; 36:730-740.
9. Brown J.R., Devries J.T., Piper W.D., et al. Serious renal dysfunction after percutaneous coronary intervention can be predicted. Am. Heart. J. 2008; 155: 260-266.
10. McCullough P.A., Bertrand M.E., Brinker J.A. et al. A metaanalysis of the renal safety of isosmolar iodixanol compared with low-osmolar contrast media. J. Am. Coll. Cardiol. 2006; 48:692-699.
11. McCullough P.A., Wolyn R., Rocher L.L. et al. Acute renal failure after coronary intervention: Incidence, risk factors, and relationship to mortality. Am. J. Med. 1997; 103: 368-375.
12. Freeman R.V., O'Donnell M., Share D., et al. Nephropathy requiring dialysis after percutaneous coronary intervention and the critical role of an adjusted contrast dose. Am. J. Cardiol. 2002; 90: 1068-1073.
13. Gruberg L., Mints J.S., Mehran R et al. The prognostic implications of further renal function deterioration within 48 h of interventional coronary procedures in patients with preexistent chronic renal insufficiency. J. Am. Coll. Cardiol. 2000; 36: 1542-1548.
14. Haider M., Yessayan L., Venkat K.K., et al. Incidence of contrast-induced nephropathy in kidney transplant recipients. 2015 Mar;47(2):379-383.
15. Hall K.A., Wong R.W., Hunter G.C. et al. Contrast-induced nephrotoxicity: The effects of vasodilator therapy. J. Surg. Res., 1992; 53: 317-320.
16. Jin Wi, Young-Guk Ko, Dong-Ho Shin et al. Prediction of contrast-induced nephropathy with persistent renal dysfunction and adverse long-term outcomes in patients with acute myocardial infarction using the Mehran risk score. Clin Cardiol. 2013; 36(1):46-53.
17. Jo S.H., Youn T.J., Koo B.K. et al. Renal toxicity evaluation and comparison between visipaque (iodixanol) and hexabrix (ioxaglate) in patients with renal insufficiency undergoing coronary angiography: The RECOVER study: A randomized controlled trial. J. Am. Coll. Cardiol. 2006; 48: 924-930.
18. Dangas G., Iakovou I., Nikolsky E. et al. Contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary intervention is relation to chronic kidney disease and hemodynamic variables. Am. J. Cardiol. 2005; 95: 13-19.
19. Katholi R.E., Woods W.T. Jr., Taylor G.J. et al. Oxygen free radicals and contrast nephropathy. Am. J. Kidney. Dis. 1998; 32: 64-71.
20. Katzberg R.W., Lamba R. Contrast-induced nephropathy after intravenous administration: Fact or fiction? Radiol. Clin. North. Am. 2009; 47: 789-800.
21. Kurnik B.R., Allgren R.L., Genter F.C. et al. Prospective study of atrial natriuretic peptide for the prevention of radiocontrast-induced nephropathy. Am. J. Kidney Dis., 1998, 31: 674-680.
22. Levy E.M., Viscoli C.M., Horvitz R.I. The effect of acute renal failure on mortality: a cohort analysis. JAMA 1996; 275: 1489-1494.
23. Lindsay J., Apple S., Pinnow E.E. et al. Percutaneous coronary intervention-associated nephropathy foreshadows increased risk of late adverse events in patients with normal baseline serum creatinine. Catheter. Cardiovasc. Interv. 2003; 59: 338-343.
24. Marenzi G., Lauri G., Assanelli E. et al. Contrast-induced nephropathy in patients undergoing primary angioplasty for acute myocardial infarction J. Am. Coll. Cardiol. 2004; 44: 1780-1785.
25. Mehran R. ICON-A prospective, randomized, placebocontrolled trial of ioxaglate versus iodixanol in patients at increased risk for contrast nephropathy. Proceedings of Transcatheter Cardiovascular Therapeutics, 2006; 3:10.
26. Mehran R., Aymong E.D., Nikolsky E. et al. A simple risk score for prediction of contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary intervention: development and initial validation. J. Am. Coll. Cardiol. 2004; 44: 1393-1399.
27. Mehran R. Contrast-induced nephropathy: definition, epidemiology, and patients at risk. Kidney Int. Suppl. 2006. № 100: 11-15.
28. Messana J.M., Cieslinski D.A., Humes H.D. Comparison of toxicity of radiocontrast agents to renal tubule cells in vitro. Ren. Fail. 1990;12: 75-82.
29. Nikolsky E., Mehran R., Lasic Z. et al. Low hematocrit predicts contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary interventions. Kidney Int., 2005; 67: 706-713.
30. Parfrey P.S., Griffiths S.M., Barret B.J. et al. Contrast material -induced renal failure in patients with diabetes mellitus, renal insufficiency, or both. A prospective controlled study. New Engl. J. Med. 1989; 320: 143-149.
31. Rich M.W., Crecelius C.A. Incidence, risk factors, and clinical course of acute renal insufficiency after cardiac catheterization in patients 70 years of age or older. A prospective study. Arch. Intern. Med. 1990; 150: 1237-1242.
32. Rihal C.S., Textor S.C., Grill D.E. et al. Incidence and prognostic importance of acute renal failure after percutaneous coronary intervention. Circulation 2002; 105: 2259-2264.
33. Rudnick M.R., Goldfarb S., Wexler L. et al. Nephrotoxicity of ionic and nonionic contrast media in 1196 patients: A randomized trial. The Iohexol Cooperative Study. Kidney Int. 1995; 47: 254-261.
34. Stylianos A. Pyxaras, Gianfranco Sinagra, Fabio Mangiacapra, et al. Contrast-induced nephropathy in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention without acute left ventricular ejection fraction impairment. Am. J. Cardiology 2013; 111(5): 684-68.
35. Thomsen H.S., Morcos S.K., Contrast media and the kidney: European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines. Br.J. Radiol. 2003; 76: 513-518.
36. Toprak O. Risk markers for contrast-induced nephropathy. Am.J. Med. Sci. 2007; 334:283-290.

ПРЕДПОСЫЛКИ СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Биялиева Г.С.

Клиническая больница Управления делами Президента и Правительства Кыргызской Республики (КБ УДППКР)
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В Кыргызстане назрела острая необходимость в разработке экстренных мер для защиты медицинских работников через создание системы страхования профессиональной ответственности. Это обусловлено острой нехваткой медицинского персонала в системе здравоохранения Кыргызской Республики из-за высокого индекса миграции врачей, отсутствия системы государственных мер их социальной защищенности, и недостаточного внимания к их проблемам со стороны государства и общества.

Ключевые слова: индекс миграции врачей, страхование профессиональной ошибки, страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЕДИЦИНАЛЫК КЫЗМАТКЕРЛЕРДИН КЕСИПТИК ЖООПКЕРЧИЛИГИН КАМСЫЗДАНДЫРУУНУН ӨБӨЛГӨЛӨРҮ

Биялиева Г.С.

Кыргыз Республикасынын Президентинин жана Өкмөтүнүн иш Башкармасынын клиникалык ооруканасы
Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кыргызстанда кесиптик жоопкерчиликти камсыздандыруу системасын түзүү аркылуу медициналык кызматкерлерди коргоо максатында өтө шашылыш чараларды иштеп чыгуу зарылчылыгы пайда болду. Саламаттык сактоо системасында медициналык персоналдын жетишпегендигинин себептери – дарыгерлер миграциясынын жогорку индексинде, алардын социалдык корголушу боюнча мамлекеттик чаралар системасынын жок болушунда, көйгөйлөрүнө карата жетиштүү даражада мамлекет жана коом тарабынан көңүл бөлүнбөгөндүгүндө.

Негизги сөздөр: дарыгерлер миграциясынын индекси, кесиптик катанын камсыздалышы, медициналык кызматкерлердин кесиптик жоопкерчилигинин камсыздалышы.

BACKGROUND OF INSURANCES ON PROFESSIONAL LIABILITY OF MEDICAL WORKERS OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Biyalieva G.S.

Clinical Hospital of Presidential Office and the Government of the Kyrgyz Republic,
Kyrgyz State Medical Institute of Continuous Education
Bishkek c., Kyrgyz Republic

Resume. In Kyrgyzstan, there is an urgent need for development of emergency activity to protect of the health workers through the creation of a system of professional liability insurance. This is due to the acute shortage of medical personnel in the Kyrgyz's health system because of the high migration index of doctors, lack of state guarantees of their social security, and insufficient attention to their problems of the state and society.

Keywords: migration index of doctors, insurance of professional errors, professional liability insurance for health care workers.

Труд медиков принадлежит к числу наиболее сложных и ответственных видов деятельности человека. Еще К. Маркс указывал, что труд врача следует относить к такой сфере деятельности, которая, не участвуя непосредственно в производственном процессе, в то же время создает необходимые предпосылки для его нормального и эффективного функционирования (Маркс К., Энгельс Ф., соч. 26, 4.1, с. 149). Врач, в тоже время является равноправным членом общества. От него зависит сохранение здоровья населения, но и он имеет право на сохранение и укрепление своего здоровья. Но, к сожалению, общество не всегда поддерживает эту концепцию и не всегда обеспечивает необходимые для этого условия (Кайбышев В.Т 2007, Прошин В.А., 2008). Доказательством тому, служит низкое качество жизни врачей Кыргызской республики (уровень оплаты труда у них - один из самых низких среди структурированных профессиональных групп, (Мейманалиев А.С., Ибраимова А., Элебесов Б, Reche В, 2005), высокий индекс миграции врачей в другие страны (за последние 5 лет 718 врачей выехали из

Республики), отсутствие системы государственных мер их социальной защищенности, и недостаточное внимание к их проблемам со стороны государства и общества. По мнению Д.В. Бондаренко (2006) действующая система возмещения вреда пациентам может привести к тому, что недостаток врачей создаст серьезные проблемы в получении врачебной помощи.

В процессе становления правового государства общество предъявляет к медицинским работникам все более высокие профессиональные, морально-этические и правовые требования. Усиливается так называемый «социальный» контроль качества медицинских услуг, при котором пациенты, не удовлетворенные оказанной им медицинской помощью, в частности акушерско-гинекологической, обращаются за разрешением конфликтов в судебные инстанции (Лузанова И.М., 2007).

Сочетание клинической оценки качества оказанной медицинской помощи и правового анализа дефектов медицинского и вмешательства в такой социально значимой сфере здравоохранения, как охрана материнства и детства, даны в единичных работах

российских учёных (Сергеев Ю.Д., 1988. 2000; Быховская О.А., 2002; Терентьева Л.В., 2003). В Кыргызстане таких исследований до настоящего времени не проводилось. Между тем, требуется совершенствование анализа дефектов оказания медицинской помощи в группах, дифференцированных по отдельным медицинским специальностям, особенно акушеров-гинекологов, как наиболее подверженных риску быть привлечёнными к ответственности (Томилин В.В. Соседке Ю.И., 2000; Быковская О.А. 2002; Терентьева Л.В. 2003).

В последнее время пациенты воспринимают определённые недоработки реформы здравоохранения как личные проступки врачей. Такие «проступки» зачастую фигурируют в жалобах и судебных исках: «долго ждали оказания» помощи, «требовали купить лекарства, или препараты и компоненты крови». Психологическая нагрузка на врача постоянно растёт. Кроме того, современный врач ежедневно испытывает традиционные риски медицинской профессии. Назрела острая необходимость разработки системы по социальной защите врачей.

В соответствии со статьёй 104 Основ законодательства Кыргызской республики об охране здоровья граждан от 9 января 2005 года. №6, медицинские работники имеют право на страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред или ущерб здоровью гражданина, не связанный с небрежным или халатным выполнением ими профессиональных обязанностей. К сожалению, это право для медицинских работников является не более чем декларативным. Хотя главным гарантом прав врачей выступает государство, в соответствующих документах государственного уровня врачи как незащищённая группа не рассматриваются. Врачи являются незащищённой профессиональной группой. Проблема правовой защиты медицинских работников разработана и решена значительно хуже, чем в отношении пациентов, хотя она самым тесным образом связана с защитой интересов самих пациентов. В этой ситуации профессиональная защита врача — это право врача на страхование профессионального риска, так как этим обеспечивается защита медицинского работника от непредвиденных обстоятельств их практической деятельности (Малюков А.В. 2009; Гребенюк М.О., 2010).

Профессор Т. Батыралиев в интервью газеты «Слово Кыргызстана» от 26 июля 2011 года отметил, что созданные в Кыргызстане ассоциация для защиты прав не только пациентов, но и врачей не работает из-за отсутствия нормативной базы. Он так же отмечает, что «ключевым моментом модернизации здравоохранения является инициация законов «О профессиональной ответственности медицинских работников» и «О защите прав пациентов». Необходимость принятия и разработки понятия врачебной ошибки - является важным критерием правовой системы. «Что касается ужесточения уголовной ответственности за врачебные ошибки медработников вообще, то это не выход, более прогрессивный вариант — страхование».

Никто не отменяет и не подменяет страхование от врачебной ошибки уголовно процессуальной ответственностью в случае доказательства злого умысла в причинении вреда. Но в нашей системе, в основном,

наоборот, пациенты и их семьи привлекают медиков к юридической ответственности по статьям «Причинение смерти по неосторожности» и «Халатность».

Так в 2012 году против врачей возбуждено 46 уголовных дел, в 2013 – 39 уголовных дел, за первый квартал 2014 - 11. В России ежегодно возбуждается от 1,5 до 2 тыс. уголовных дел в отношении врачей.

«С другой стороны, пишет Т. Батыралиев, - «и государство может стать ответчиком перед судом за необеспечение должного уровня развития здравоохранения и условий труда медицинских работников»

Данный комплекс проблем требует поиска адекватных мер по защите медицинских работников. В числе различных подходов одной из действительных мер является страхование профессиональной ответственности. Сам процесс страхования, потому и существует, что существует возможность возникновения убытков. Однако несовершенство правовой базы и низкая культура страхования не только в Кыргызстане, но и в странах СНГ тормозят динамичный рост страхования профессиональной ответственности (Мохов А.А., 2002; Мохов А.А., Акишева Г.Р., Капранова С.Ю., 2006). Необходимо в силу специфики медицинской деятельности введение специального медицинского законодательства, в котором следует не сводить к минимуму или иным образом ограничивать ответственность медиков, а закрепить дополнительные основания освобождения от ответственности исполнителя медицинских услуг. В первую очередь потому, что реальный риск причинения вреда жизни и здоровью в результате медицинского вмешательства (даже при условии абсолютно добросовестного и надлежащего исполнения) действительно чрезвычайно высок (Сергеев Ю.Д., 2005).

Таким образом, в Кыргызстане назрела острая необходимость в разработке экстренных мер для защиты медицинских работников через создание системы страхования профессиональной ответственности. Это обусловлено острой нехваткой медицинского персонала в системе здравоохранения Кыргызской республики из-за высокого индекса миграции врачей, отсутствия системы государственных мер их социальной защищённости, и недостаточного внимания к их проблемам со стороны государства и общества.

Литература:

1. Батыралиев Т. «Не навреди! Страхование от врачебных ошибок повысит качество лечения и защитит пациентов»/ Слово Кыргызстана. Общественная газета. 26 июня. 2011.
2. Бондаренко Д.В. К вопросу юридической ответственности медицинских работников // Медицинское право. - Москва, 2006. - №4. Стр. 18.
3. Быховская О.А., Исаков В.Д. Анализ экспертиз по претензиям к медицинским работникам по материалам уголовных и гражданских дел // Материалы VI Всероссийского съезда судебных медиков-Тюмень. 2005,
4. Гребенюк М.О. Социальная защита врачей как профессиональной группы: Дисс. Канд. Мед. Наук.- ВолГМУ. 2010, 160 с.
5. Закон Кыргызской Республики об охране здоровья граждан в кыргызской республике Бишкек от 2005 года № 6.
6. Кайбышев В.Т. Стратегия и принципы управления психосоциальными факторами профессионального риска врачей:

автореф. дис. докт. мед. наук – М., 2007, – 32 с.

7. Лузанова И.М. Ненадлежащее оказание помощи в акушерской практике (медико-правовые аспекты проблемы): автореф. дис. Канд. Мед. Наук – М. 2007 -23 с.

8. Маркс К., Энгельс Ф., соч. 26, 4.1, с. 149.

9. Малюков А.В. Страхование профессиональной ответственности врачей как форма социальной защиты: дисс. Канд. Мед. Наук – Волгоград, 2009, 137 с.

10. Мейманалиев А.С., Ибраимова А., Элебесов Б, Reche B. Системы здравоохранения в переходной период. Кыргызстан. Под редакцией: Bernd Rechel и Martin McKee, 2005 . С.98-101

11. Мохов А.А. Теоретические проблемы медицинского права России: Монография. Волгоград: изд-во Волгоградского государственного университета, 2002. — 176 с.

12. Мохов А. А. Разрешение «Врачебных дел» органами негосударственной гражданской юрисдикции // Медицинское право. -2004.-№1,-С. 44-48.

13. Мохов А.А. Врачебная ошибка (социально-правовой аспект) / А.А. Мохов, И.Н. Мохова: Монография. Волгоград: Изд-во Волгогр. гос. ун-та, 2004. - 156 с.

14. Прошин В.А. Отношение пациентов к платным медицинским услугам. Канд. дис. Волгоград. ВолГМУ. 2008, 150 с.

15. Сергеев В.В. Захаров С.О., Ардашкин А.П., Тарасов А.А. Юридический анализ профессиональных ошибок медицинских работников, Самара: «Типография «Сокол - Т», 2000.- 144с.

16. Сергеев Ю.Д. Судебно медицинская экспертиза по делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников: Автореф. дис. .докт, мед, наук. М., 1988.- 49с.

17. Терентьева Л.В. Судебно медицинская экспертиза неблагоприятных исходов при оказании акушерско-гинекологической помощи; Автореф. Дис. канд. мед, наук, - М., 2003.-с. 13-23.

ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНЫХ ПРАКТИК СТРАХОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Биялиева Г.С.

Клиническая больница Управления делами Президента и Правительства Кыргызской Республики (КБ УДППКР)
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Зарубежная практика «врачебных дел» имеет как негативные, так и позитивные стороны. Опыт европейских государств, где страховая система продолжает способствовать повышению качества медицинской помощи, минимизировать количество судебных исков и повышать удовлетворённость пациентов, позволяет принять его как наиболее эффективную модель страхования.

Ключевые слова: страхование профессиональной ошибки, страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

МЕДИЦИНАЛЫК КЫЗМАТКЕРЛЕРДИН КЕСИПТИК ЖООПКЕРЧИЛИГИНИН КАМСЫЗДАНДЫРЫЛЫШЫНЫН ЭЛ АРАЛЫК ТАЖРЫЙБАСЫНА СЕРЕП САЛУУ

Биялиева Г.С.

Кыргыз Республикасынын Президентинин жана Өкмөтүнүн иш Башкармасынын клиникалык ооруканасы
Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. «Дарыгерлердин иштери» боюнча эл аралык тажрыйбанын оң жана терс жактары бар. Европалык өлкөлөрдөгү камсыздандыруу системаны медициналык жардамдын сапатын жогорулатууга көмөктөшкөн, соттук доолордун санын азайткан жана пациенттердин канааттануусун жогорулаткан камсыздандыруу системасынын эң эле натыйжалуу модели катары кабыл алууга мүмкүнчүлүк берет.

Негизги сөздөр: кесиптик катаны камсыздандыруу, медициналык кызматкерлердин кесиптик жоопкерчилигин камсыздандыруу.

OVERVIEW OF INTERNATIONAL INSURANCE PRACTICES FOR PROFESSIONAL LIABILITY OF MEDICAL WORKERS

Biyalieva G.S.

Clinical Hospital of Presidential Office and the Government of the Kyrgyz Republic
Kyrgyz State Medical Institute of Continuous Education
Bishkek c., Kyrgyz Republic

Resume. Foreign practice «medical affairs» has both negative and positive aspects. European countries experience, where insurance system continues to improve the quality of care, minimize the number of lawsuits, and improve patient's satisfaction, allows us to take it as the most effective model of insurance.

Key words: Insurance of professional errors, professional liability insurance for health care workers.

Разработка теоретических и методических подходов к формированию механизма защиты экономических и правовых интересов лиц, оказывающих медицинскую помощь является предметом дискуссии учёных во всём мире (Гребенюк М.О., 2010; Малюков А.В., 2009). Пути разрешения проблемы при этом различны, но во многих странах они практически нашли свою реализацию (Страхование профессиональной ответственности медицинских работников за рубежом www.rosmedstrah.ru).

Страхование от врачебной ошибки — распространённая практика. Оно является обязательным в США, Канаде, в странах Европы, в Новой Зеландии и Австралии (Jena AB, Seabury S., Lakdawalla D., Chandra A., 2011; Jeffrey B., Bloom, Gair, Gair, Conason, Steigman, Mackauf, 2006; Phillips RL, Bartholomew LA, Dovey SM, Fryer GE, Miyoshi TJ, Green LA, 2004; Towers Perrin, Tillinghast, 2006, Medical Malpractice Insurance Claims in Seven States Sorrel A.L. 2008; Sack K., 2010; Reinhard U.E., 2011).

Вместе с тем, введение страхового обеспечения лишь на случай профессиональной ошибки медицинского работника создаёт ситуацию, при которой пациенту не будет компенсироваться вред, причинённый действиями иных работников медицинской организации,

Под профессиональной ошибкой понимается добросовестное заблуждение медицинского работника при отсутствии прямого или косвенного (халатности, небрежности) умысла, направленного на причинение вреда жизни и здоровью пациента.

При определении размеров страхового взноса, который выплачивается врачом для получения полиса по страхованию ответственности, учитываются степень риска, которая зависит от конкретной врачебной специальности, и вероятность количества и размеров выплат. Степень риска оценивается на основании анализа данных о количестве поступивших жалоб и о числе и размерах произведённых выплат за предшествующие годы в том регионе, где действует страховая компания.

Зарубежная практика «врачебных дел» по мнению юристов уже сформировалась и имеет как негативные, так и позитивные стороны. Так американские суды давно перегружены исками пациентов против врачей, ведь они — «золотая жила» для американских юридических фирм.

Статистика показывает, что каждый год, в Соединённых Штатах, примерно 195 000 человек умирают из-за врачебных ошибок (MedicalNewsToday. 2010). Финансовые затраты, связанные с такими врачебными ошибками были оценены в \$ 324 млн., только за октябрь 2008 года. Ежегодно, против врачей выдвигается от 15000

до 19000 исков по халатности (Numberof.net. 2010).

По словам Джона Далли, представителя комиссара Европейского союза (ЕС) по вопросам здравоохранения, в больницах ЕС каждый десятый пациент страдает от ошибок медперсонала, больничные инфекции нередко смертельно опасны, а от инфекций, занесенных в ходе стационарного лечения, в Евросоюзе ежегодно умирают почти 37 тыс. человек. В среднем каждое десятое медицинское вмешательство в мире заканчивается врачебной ошибкой. В Западной Европе и Северной Америке (США и Канаде) медицинские работники живут под постоянной угрозой предъявления к ним крупных судебных исков, страховые тарифы непрерывно растут.

По статистике Института медицины США (Institute of Medicine), в Америке ежегодно от врачебных ошибок умирают от 44 до 98 тыс. человек. Каждому десятому американскому врачу бывшие пациенты предъявляют судебные иски и отсуживают огромные компенсации. Неудивительно, что там разразился настоящий кризис, связанный со страхованием профессиональной ответственности медицинских работников. Многие американские страховщики стали отказываться от данного вида страхования в связи с его убыточностью, а остальные резко подняли ставки, что потребовало вмешательства на правительственном уровне (Soral A.L., 2008)/

Например, в США взносы за страховой полис различны не только у врачей разных специальностей, но и у врачей одного профиля, практикующих в разных штатах.

Размеры стоимости полиса по страхованию растут пропорционально размерам компенсационных выплат и взносов по страхованию, что является непосредственной причиной удорожанию медицинского обслуживания. В США имеет место развитие «защитной» медицины. Во избежание судебных исков врачи стали избегать случаев, сопряженных со значительным риском. Для «подстраховки» всё чаще стали использоваться дорогие и неоправданные анализы и обследования. Увеличение затрат на здравоохранение имеет неоднозначное влияние на качество медицинской помощи. В Великобритании правительство в 1990 г. ввело государственную систему страхования ответственности, которая охватывает врачей (за исключением семейных врачей) и стоматологов, работающих в больницах и других медицинских учреждениях общественного сектора здравоохранения. Согласно этой системе, компенсацию за ущерб, причиненный при медицинском вмешательстве, выплачивает руководство тех медицинских учреждений, в которых работают врачи, виновные в причинении ущерба. Эта система, несомненно, имеет ряд преимуществ, одним из которых является непрерывный усиленный контроль со стороны руководства лечебными учреждениями. С другой стороны, такая система охватывает только медицину государственного сектора.

По мнению международных экспертов наиболее удачными и перспективными представляются системы компенсации понесенного пациентом ущерба, не требующие поиска конкретных виновников и доказательства их вины. Они основываются на концепции ответственности без вины.

Новая Зеландия впервые ввела такую

систему страхования как разновидность социального страхования. Помимо неё, существует, и страхование профессиональной ответственности. Преимуществами такой системы страхования является максимальное удовлетворение интересов пациента. Концепция без вины при компенсации ущерба была успешно внедрена в Европейских странах, таких как Швеция, Финляндия, Норвегия. Если в Зеландии такая система страхования была закреплена законодательными актами, то в европейских странах базировалась на соглашениях между страховыми компаниями и медицинскими учреждениями и специалистами. В последующем Финляндия приняла закон об ущербе, понесённом пациентом. Страхованием ответственности охвачены все лица, занимающиеся медицинской практикой. Закон предусматривает компенсацию пациенту любого ущерба, причинённого ему в результате медицинского вмешательства или отсутствия медицинской помощи, включая инфекции и воспаления, возникшие в связи с этим, а также вследствие несчастного случая в ходе осмотра, лечения или санитарной перевозки, в том числе из-за дефектов медицинского оборудования. Указанная система страхования фактически свела на нет все судебные иски против медиков. Данные вид страхования, способствует не только укреплению чувства защищённости врача и пациента, но и укрепляет статус врача, повышает веру в медицину, соответственно, повышает удовлетворённость пациента.

Опыт европейских государств, где страховая система продолжает способствовать повышению качества медицинской помощи, минимизировать количество судебных исков и повышать удовлетворённость пациентов, позволяет принять его как наиболее эффективную модель страхования. Страхование профессиональной ответственности в Европейских странах гарантирует с одной стороны, право граждан на получение денежной компенсации за действия медицинских работников, с другой стороны, защищает имущественные интересы медицинских организаций в случае причинения вреда пациентам (NewEnglandJournalofMedicine, 2006).

Данный вид страхования позволяет переложить расходы на страховщика по возмещению ущерба жизни или здоровью, а также является эффективным инструментом разрешения конфликтных ситуаций в досудебном порядке, не затронув профессиональную репутацию врача и медицинской организации.

Итак, контроль качества медицинской помощи на Западе является жестким и универсальным. Профессиональная автономия медиков коренным образом изменилась, и клиническая практика, которая когда-то была святой святых, все больше становится объектом административного и экономического контроля и регулирования.

Особое внимание уделяется подготовке врачей, повышению их профессионального уровня. Во всех развитых странах действует лицензионный порядок медицинской практики: чтобы получить право на врачебную деятельность, выпускник медицинского факультета сдает сложные многоступенчатые экзамены. Сам по себе диплом даже после окончания интернатуры и резидентуры (последняя предполагает работу в больнице

по узкой специальности в течение трех-пяти лет) не дает право на практику. Это право предоставляет комиссия, составленная из лучших специалистов. Важная роль принадлежит медицинским ассоциациям.

В США, в Канаде и странах Европы профессиональные медицинские ассоциации берут на себя всю ответственность за врачебную компетентность медицинских докторов. Она дает право на практику, периодически экзаменует врачей на соответствие занимаемой должности и квалификации. В Америке и Канаде Совет по медицинскому образованию инспектирует медицинские школы, присуждая им рейтинг по результатам проверки знаний студентов и выпускников. Больницы, не обеспечивающие минимальные стандарты, не имеют права на работу и закрываются решением местных властей.

Другая форма контроля - аккредитация больниц. Она предусматривает оценку, соответственно имеющимся требованиям (стандартам) их возможностей лечить пациентов на современном уровне (Малюков А.В., 2009; Мохов А.А., 2002). Больница, получившая аккредитацию, может рассчитывать на контракты со страховыми компаниями. В США аккредитацией занимается особая комиссия, созданная по инициативе АМА и врачебных обществ и ими финансируемая. Раз в три года группа экспертов комиссии проводит инспекцию по аккредитации больниц. В Кыргызской Республике Аккредитацией больниц занимается Медицинская Аккредитационная Комиссия (МАК). В ходе аккредитации больниц исследуют не только техническое состояние стационаров и квалификации врачей, но анализируется ведение историй болезни. Для этого привлекаются соответствующие эксперты. К сожалению, не проводится должного внимания в ходе аккредитации больниц, изучение результатов работы патологоанатомической службы, для выявления случаев ошибочных диагнозов и осложнений именно проверяемой больницы. Это был бы реальный путь определить круг врачей с большим количеством ошибок, нуждающихся в повышении квалификации. Ни в одном заключении аккредитационной комиссии, работающей в Кыргызской республике, не было указания на конкретных врачей, которым бы были даны соответствующие рекомендации. В нашей стране имеется практика наличия системы контроля экспертизы лечебно-диагностической работы, профессиональных стандартов, проводимая комитетом контроля качества, состоящая из наиболее авторитетных специалистов. Но у нас отсутствует профессиональный реестр врачей, позволяющий отслеживать их профессиональную деятельность.

В США и Канаде на каждого врача заводится электронное досье, где фиксируются все главные показатели его деятельности: число принятых пациентов и повторных визитов.

В России Согласно п. 7 ч. 1 ст. 72 «Права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их стимулирования» принятого Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские и фармацевтические работники имеют право в том числе и на «страхование риска своей профессиональной ответственности». Однако Закон не определяет ни

источники финансирования, ни порядок страхования профессиональной ответственности медицинских работников, вследствие чего данный вид страхования практически не реализуется. Медицинские работники могут застраховать свою профессиональную ответственность только в добровольном порядке и исключительно за свой счет. С 1 января 2012 года вступили в силу основные положения Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Законом закреплена обязанность медицинских организаций осуществлять страхование на случай причинения вреда жизни и (или) здоровью пациента при оказании медицинской помощи. (п.10. статьи №79). Это новаторский для России нормативный правовой акт, аналога которому в отечественной истории ещё не было (Мурзабаева С.Ш., 2012). Основная цель - создание эффективного, доступного для населения механизма возмещения вреда, причинённого жизни или здоровью пациента при оказании ему медицинской помощи в любой медицинской организации, независимо от её организационно-правовой формы и формы собственности. Законопроект впервые вводит в правовой оборот понятие дефекта оказания медицинской помощи и устанавливает виды допущенных медицинской организацией нарушений качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, иных ее недостатков, независимо от вины такой медицинской организации и ее работников.

При этом дефект оказания медицинской помощи - допущенное медицинской организацией нарушение качества или безопасности оказываемой медицинской услуги, а равно иной ее недостаток, независимо от вины такой медицинской организации и ее работников. В зависимости от конкретных обстоятельств могут квалифицироваться как дефекты оказания медицинской помощи:

Вместе с тем, практическая реализация норм законопроекта «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами» может вызвать ряд сложностей, и поэтому требует детального рассмотрения.

Литература:

1. Гребенюк М.О. Социальная защита врачей как профессиональной группы: Дисс. Канд. Мед. Наук.- ВолГМУ. 2010, 160 с.
2. К проекту ФЗ «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами» ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА, подготовлена Минздравсоцразвития РФ сентябрь 2010.
3. Малюков А.В. Страхование профессиональной ответственности врачей как форма социальной защиты: дисс. Канд. Мед. Наук – Волгоград, 2009, 137 с.
4. Мурзабаева С.Ш. Обязательное страхование гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами: «за» и «против»/ «Парламентская газета» №11(2551) от 23.03.2012 <http://pnp.ru/newspaper/20120323/8540.html>
5. Мохов А.А. Теоретические проблемы медицинского права России: Монография. Волгоград: изд-во Волгоградского государственного университета, 2002. — 176 с.
6. Страхование профессиональной ответственности медицинских работников за рубежом // www.rosmedstrah.ru

7. *Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»*
8. «In Hospital Deaths from Medical Errors at 195,000 per Year USA». *MedicalNewsToday*. 2010.
9. *Institute of Medicine Report* (<http://www.md-jd.info/abstract/Institute-of-Medicine-Report.html>)
10. Jena AB, Seabury S, Lakdawalla D, Chandra A (August 2011). "Malpractice risk according to physician specialty". *N. Engl. J. Med.* 365 (7): 629–36. doi:10.1056/NEJMsa1012370. PMID 21848463.
11. *Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation*, *New England Journal of Medicine*, May 11, 2006.
12. Jeffrey B. Bloom, Gair, Gair, Conason, Steigman&Mackauf, *Medical Malpractice Study, Disproving Frivolous Myth*, *The National Law Journal*, July 3, 2006
13. "Number of malpractice suits per year". *Numberof.net*. 2010. Phillips RL, Bartholomew LA, Dovey SM, Fryer GE, Miyoshi TJ, Green LA (April 2004). "Learning from malpractice claims about negligent, adverse events in primary care in the United States". *QualSafHealthCare* 13 (2): 121-126. doi:10.1136/qshc.2003.008029. PMC 1743812. PMID 15069219. ; lay-summary
14. Towers Perrin, Tillinghast, U.S. *Tort Costs and Cross-Border Perspectives: 2005 Update*, (New York, NY: Towers Perrin, March 2006).
15. *Medical Malpractice Insurance Claims in Seven States* U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics (BJS), March 27, 2007.
16. Sorrel A.L., *amednews staff*. Texas liability reforms spur plunge in premiums and lawsuits; Doctors attribute reduced medical liability insurance rates and an influx of specialists to the caps enacted five years ago. *A legalchallengethreatenstoundothereforms*. Sept. 8, 2008.
17. Sack K [Health Care Wastefulness Is Detailed in Studies], By KEVIN SACK, *New York Times*, September 7, 2010.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНЫХ ОЧАГОВ ГЕПАТИТА В, С И D

Заирова Г.М. Тобокалова С.Т., Ногойбаева К.А., Бекенова Д.С.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
Кафедра инфекционных болезней, ВИЧ/СПИД и дерматовенерологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Целью исследования явилось на основе анализа семейных очагов вирусных гепатитов В, С и D улучшить профилактику и качество диспансеризации. Материалом для изучения служили истории болезней 44 больных хроническим гепатитом (ХГ) В, С и D в возрасте от 3,5 до 69 лет, из 15 семей, находившихся на лечении в Гепатологическом центре «ЦАДМИР» в 2014-2015 гг. Маркеры гепатитов, ДНК и РНК вирусов исследовали в ИФА и ПЦР. В этиологической структуре гепатитов у больных из семейных очагов преобладал ХГВ (60%); ХГD и ХГС составили 20% и 13%, соответственно, а сочетание ХГВ+ХГС установлено у 7% больных. В большинстве случаев семейные очаги ХГВ состояли из 2-х человек (66,7%); в остальных – от 3-х до 6 членов семьи, больных ХГ. При этом реализовывались все естественные пути заражения парентеральными вирусными гепатитами. Результаты исследования свидетельствуют о наличии у нас всех эпидемических условий для формирования семейных очагов вирусных гепатитов, необходимости углубленного обследования «носителей» вирусных гепатитов В и С, для уточнения диагноза, массовой вакцинопрофилактики взрослого населения и ревакцинации подростков против вирусного гепатита В.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит, семейные очаги, пути передачи.

В, С ЖАНА D ГЕПАТИТИНИН ҮЙ БҮЛӨЛҮК ОЧОКТОРУНУН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Заирова Г.М. Тобокалова С.Т., Ногойбаева К.А., Бекенова Д.С.

Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту
Жугуштуу оорулар, ВИЧ/СПИД жана дерматовенерология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөнүн максаты В, С, D гепатиттеринин үй-бүлөлүк очокторун талдоонун негизинде алдын алуунун жана көзөмөлдөөнүн сапатын жакшыртуу болуп эсептелет. Талдоонун материалын 44 өнөкөт В, С, D гепатиттүү, 3,5 жаштан 69 жашка чейинки 15 үй-бүлөнүн “ЦАДМИР” гепатологиялык борборунда 2014-2015 ж. дарыланып жаткан оорулардын баяндамасы түздү. Гепатиттердин белгилери, вирустардын ДНК жана РНК сы ИФА жана ПЦР аркылуу тастыкталды. Үй-бүлөлүк очоктордогу гепатиттердин этиологиялык түзүмүндө В өнөкөт гепатити (ӨГ) үстөмдүк кылган; ӨГD жана ӨГС гепатиттери 20% - 13% түзүп, ал эми, ӨГВ жана ӨГСтин айкалышуусу 7% оорулууда кездешкен. Көпчүлүк учурда ӨГВнын үй-бүлөлүк очоктору 2 адамдан турган (66,7%), калган учурларда – 3-6 чейин ӨГ үй-бүлөнүн мүчөлөрүнөн турган. Бул абалда кандан жугуучу вирустук гепатиттердин бардык табигый жугуу жолдору камтылган. Изилдөөнүн жыйынтыгы бизде вирустук гепатиттердин үй-бүлөлүк очокторун калыптоого бүт эпидемиологиялык шарттардын бар экендигин айгинелейт, В, С гепатитинин вирусу жуккандарды диагностикалоо үчүн терең изилдөө керек экендигин, жалпы калкты эмдөө, тестиер балдарды ревакцинациялоо керек экендигин далилдейт.

Негизги сөздөр: өнөкөт вирустук гепатит, үй-бүлөлүк очоктор, жугуу жолдору.

STUDY OF INTRAFAMILIAL SPREAD OF HEPATITIS B, C AND D INFECTION

Zairova G.M., Tobokalova S.T., Nogoibaeva K.A., Bekenova D.S.

Kyrgyz State Medical Institute of Continuous Education
Dept of Infectious Diseases, HIV/AIDS and DermatoVenereology
Bishkek c., Kyrgyz Republic

Resume. The aim of the study was to improve prevention and quality of prophylactic medical examination on the basis of analysis of familial clusters of hepatitis B, C and D virus infection. The study material included case histories of 44 patients with chronic hepatitis B, C and D at ages 3.5 to 69 years from 15 families, who were treated at the hepatologic centre “CADMIR” in 2014-2015. Hepatitis infection markers, virus DNA and RNA were determined using enzyme immunoassay and PCR. In the etiologic structure, in patients from familial clusters, chronic hepatitis B was predominant (60%), chronic hepatitis D and chronic hepatitis C represented 20% and 13% respectively, and combined chronic hepatitis B and chronic hepatitis C was found in 7% of patients. Most familial chronic hepatitis B clusters consisted of 2 persons (66.7%), the rest consisted of 3 to 6 family members with chronic hepatitis. Infection was realized by all natural parenteral routes of transmission for viral hepatitis. Results of the study indicate the presence of epidemic conditions for occurrence of familial clusters of viral hepatitis, the need for in-depth examination of hepatitis B and C virus carriers with respect to precise diagnosis, mass hepatitis B vaccination of adults and revaccination of adolescents.

Key words: chronic viral hepatitis, familial clusters, transmission routes.

Введение.

Кыргызстан относится к странам с высокой заболеваемостью как энтеральными (гепатиты А и Е), так и парентеральными (В, С, D) вирусными гепатитами [4]. Этому способствует наличие большого числа, так называемых, «носителей» последних вирусов, превышающие в 13-30 раз число больных типичной (желтушной) формой гепатита [1, 2, 6]. По данным ДПЗ и

ГСЭН в стране только за 2014 год выявлено 347 больных с клинически выраженной формой острого гепатита В (ОГВ) и - 4493 случая носительства HBsAg; при гепатите С – 104 и 3023 случая соответственно [5]. При тщательном клинико-лабораторном обследовании многие из них оказываются больными хроническим гепатитом, создавая угрозу заражения для близкого окружения (семья, коллективы закрытого типа и др.) как постоянный очаг

инфекции [3,5].

Целью нашего исследования явилось на основе анализа семейных очагов вирусных гепатитов В, С и D улучшить профилактику и качество диспансеризации.

Материал и методы.

Материалом для изучения служили истории болезней 44 больных хроническим гепатитом В, С и D в возрасте от 3,5 до 69 лет из 15 семей, находившихся на лечении в Гепатологическом центре «ЦАДМИР» в 2014-2015 гг. Сыворотки крови больных исследовали в иммуноферментном анализе (ИФА) на маркеры гепатита В (HBsAg, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe, anti-HBc); гепатита С – anti-HCV; гепатита D – anti-HDV с использованием тест-систем ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск); ДНК – HBV, РНК HCV и HDV качественно и количественно выявляли в полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Полученные результаты и обсуждение.

В этиологической структуре больных из семейных очагов преобладал хронический гепатит В (60%), хронические гепатиты D (ХГД) и С (ХГС) составили 20% и 13%, соответственно, а сочетание ХГВ+ХГС установлено у 7% больных (рис.1).

Более половины из них (57%) проживали в Ошской и Жалал-Абадской областях, в городе Бишкек – 29%, в Чуйской и Таласской областях – по 7%.

Следует отметить, что большинство больных хроническим вирусным гепатитом В (ХВГВ), обратившихся в клинику из г. Бишкек являлись жителями новостроек, недавно переехавших из южных регионов страны. В большинстве случаев семейные очаги HBV-инфекции состояли из 2-х человек (66,7%); не редки были случаи, когда регистрировались от 3-х до 6 членов семьи,

больных хроническими вирусными гепатитами.

Изучение роли жены-матери, инфицированной вирусом гепатита В в передаче вируса другим лицам в условиях семьи, установлено в 7 очагах из 15 (46,7%). В двух случаях хронический гепатит В диагностирован у детей в возрасте 1 и 1,5 лет, получивших полный курс вакцинации против гепатита В, что позволяет утверждать внутриутробное или интранатальное заражение этих детей. В нашу клинику они обратились в возрасте 3,5 и 5 лет после безуспешной противовирусной терапии препаратом интерферона (Виферон) и фосбогливом. В остальных 5 случаях инфицирование взрослых детей, предположительно произошло при тесном бытовом контакте и при совместном использовании предметов личной гигиены. Заражения мужа от жены вирусными гепатитами в наших наблюдениях не отмечалось (рис.2).

Только в одном случае, муж – реконвалесцентный носитель HBsAg, возможно больной ХГВ в репликативной фазе (от обследования категорически отказался) был причиной развития безжелтушной формы гепатита В, с исходом в хронический гепатит у жены. Другой семейный очаг с участием супружеской пары был обусловлен разными вирусами (В и С) после лечения зубов в разных стоматологических клиниках.

В следующей группе очагов – «отец и дети», в 1 случае: отец 56 лет умер год назад от гепатокарциномы в исходе суперинфекции хронического гепатита В+D в цирроз печени. Он болел острым гепатитом В 7 лет назад, в последующем постоянно обнаруживался HBsAg. Спустя 1 год после хирургической операции (аппендицит) диагностирован хронический гепатит D-суперинфекция.

У сына 22 лет маркеры гепатита D обнаружены в

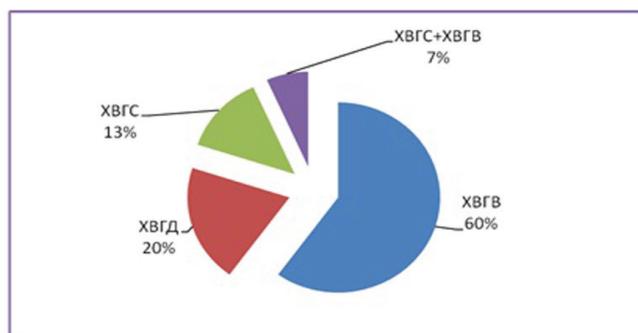


Рис. 1. Распределение семейных очагов хронических вирусных гепатитов (ХВГ) по этиологии, n=15.

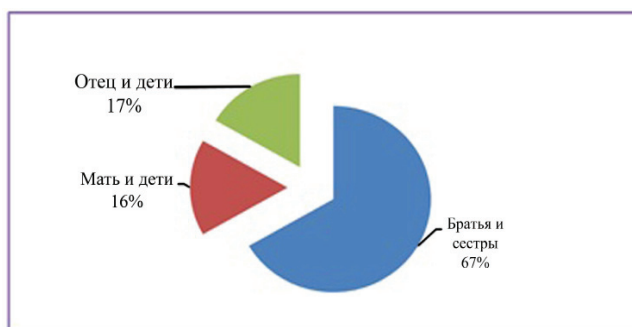


Рис. 2. Распределение семейных очагов ХВГ по родственности инфицированных членов семьи, n=15

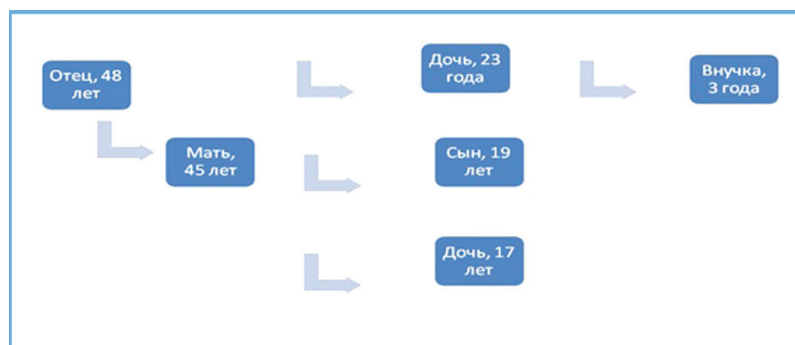


Рис. 3. Пример семейного очага хронического гепатита В.

2010 г. при обследовании перед операцией по поводу травмы кисти. В 2011 г. – язвенная болезнь 12 п/кишки. Последние 2 года с диагнозом: Цирроз печени класс В, по Чайлд-Пью, в исходе хронического гепатита D-коинфекции, портальная гипертензия, гепато-ренальный синдром, рефрактерный асцит лечился в районной больнице. Смерть наступила в июле 2015 г. от массивного кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка.

Во втором случае, отец – А.Э., 50 лет, болен хроническим гепатитом С без цитолитической активности, генотип 1b, средняя вирусная нагрузка. Заражение возможно при получении иглотерапии у частных врачей.

В исследованиях И.Х. Шуратова с соавт. и др. [5,4,6] при вакцинации новорожденных детей с HBsAg + статусом от инфицированных HBsAg матерей, к 1 году жизни детей происходила сероконверсия на анти-HBs (выработка иммунитета против гепатита В) почти у всех детей. Исходя из этого, сыну А.Э. - Самагану, в возрасте 13 лет, у которого обнаружен HBsAg, но маркеры репликации (HBeAg, анти-HBcIgM, ДНК вируса гепатита В) в сыворотке крови отсутствовали, клинических, биохимических и УЗИ признаков гепатита также не было, мальчику в 2010 году проведена вакцинация против гепатита В. Спустя 4 года, при профилактическом обследовании, у Самагана выявлена очень высокая вирусная нагрузка (2.333.841.900 копий/мл), активность АлАТ и АсАТ, данные УЗИ, эластометрии печени оставались нормальными, клинические признаки хронического гепатита В отсутствовали, HBeAg в крови также не был обнаружен. Назначенные противовирусные препараты (виферон, энтекавир) принимал не регулярно, из-за отсутствия средств на лечение.

Данный случай свидетельствует о бытовом пути заражения гепатитом В и отсутствии эффекта от вакцинации при носительстве HBsAg в подростковом возрасте.

В группе «братья и сестры» было 5 очагов, состоящая из 12 человек. Только в одном случае удалось достоверно установить, что второй брат заразился гепатитом В при использовании бритвенного прибора старшего брата, работающего зубным техником, больного ХГВ.

В другом семейном очаге – один из 4-х братьев переболел острым гепатитом В, с исходом в хронический, именно, у него была выявлена очень высокая вирусная нагрузка, у других – низкая и средняя. Остальные были сестры, по 2 человека в очаге, больные ХГВ или дельта. При опросе установлено, что кроме тесного контакта в семье, профессионального заражения в одном

случае (акушерка, при ручном отделении плаценты у роженицы, больной гепатитом D), они часто посещали и пользовались услугами одних и тех же косметических и стоматологических кабинетов. В частности, более чем за 12 мес. до выявления маркеров HBV и HDV они лечились у стоматолога, гинеколога и косметологов. Не исключено, что заражение произошло при этих вмешательствах.

Приводим пример семейной очаговости хронического гепатита В, где реализовались все естественные пути передачи HBV-инфекции.

Семейный очаг состоит из 6 человек, проживающих в г. Ош, в собственном доме с частичными удобствами. Все взрослые имеют высшее образование. Глава семейства – М.Т. 25 лет назад перед женитьбой болел острым гепатитом в желтушной форме, скорее всего – вирусом «В». Путь его заражения не известен. В данное время у М.Т. обнаруживается HBsAg, а HBeAg (показатель инфекционности вируса) – отсутствует. Больным себя не чувствует, от дальнейшего обследования отказался.

Необходимость обследования всех членов семьи на инфицированность вирусом гепатита В возникла в связи с обнаружением HBsAg у Лиры, 23 лет-дочери М. Т., перед взятием на учёт по беременности. Все члены семьи не были привиты против гепатита В (вакцинопрофилактика гепатита В в Кыргызстане началась в 2000 году).

У жены - Ш. Э., дочерей: Лиры и Айгерим, сына - Нурсултана, внучки – Р. Айдай – у всех обнаружены маркеры HBV- инфекции (HBsAg+ ;a-HBe+) и очень высокая ВН (многомиллионная), в дальнейшем устойчивая к противовирусной терапии препаратами интерферона и аналогами нуклеозидов в течение 3,5 лет. В гепатологический центр «ЦАДМИР» Лира обратилась 12.06.14 с 2-й беременностью-24 нед.

Внучка – Р. Айдай, 13.01.2011г.р., родилась с положительными маркерами репликации вируса гепатита В: HBsAg+, высокая ВН, HBeAg не определяли. Желтухи не было, но печень и селезёнка были увеличены на 2,5-3 см. АлТ и АСТ превышали в 7 раз нормальные показатели. Диагностирован Острый вирусный гепатит В, средней тяжести (путь передачи вируса – вертикальный, от матери, больной ХГВ).

Таким образом, данный семейный очаг сформировался вследствие заражения жены от мужа половым путём, дети могли инфицироваться как от матери, так и от отца при тесном бытовом контакте в условиях семьи и при общем использовании предметов личной гигиены. Заражение внучки острым гепатитом В произошло чрезплацентарно от матери с ХГВ.

Заключение.

Результаты исследования свидетельствуют о высокой заболеваемости парентеральными гепатитами В, С и дельта в Кыргызстане, необходимости качественной диспансеризации и углубленного обследования для уточнения диагноза у «носителей» данных вирусов, наличии всех эпидемических условий для формирования семейных очагов инфекции, с реализацией естественных путей передачи, активизации профилактической работы среди взрослого населения (вакцинопрофилактика) и усиления мер безопасности процедур с нарушением целостности кожи и слизистых на всех уровнях здравоохранения.

Литература:

1. Абдурахманов Д.Т. *Хронический гепатит В и D*. - Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2010.- 286 с.
2. Бацких С.Н. Латентная HBV-инфекция: безобидный лабораторный феномен или серьезная клиническая проблема? // *Гепатол. Форум*.-2010.- №3.-С.3-8.
3. Бегимбаев О.С., Орозова М.М., Тайжанова М.А. *Состояние лабораторного обследования отдельных групп населения ЮКО на носительство ВГВ за 2014 год* // *Журнал Инфектология*, 2015, Приложение.-Том 7.-№2.- С. 26.
4. Тобокалова, С.Т. *Организация специализированной медицинской помощи больным с хроническими вирусными гепатитами в Кыргызстане* // *Здравоохранение Кыргызстана*.- Бишкек, 2013.-№4.-С.6-13.
5. Шуратов И.Х. Хан О.Е., Оспанова Э.Н. *Изучение условий, поддерживающих семейные очаги вирусного гепатита В* // *Матер.междунар. НП конф. «Акт. проблемы парентеральных инфекций»* .- Бишкек, 2005.- С.86-89.
6. Porres J.C., Carreno V., Bartolome J. et al. *Dynamic study of the intrafamilial spread of hepatitis B infection: Relation with the viral replication* // *J. Med.Viral.*-1989.- №4.- P.237-242.

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ХРОНИЧЕСКИМИ ВИРУСНЫМИ ГЕПАТИТАМИ В И D,
2010-2013ГГ, КЫРГЫЗСТАН**

Ногойбаева К.А.¹, Касымбекова К.Т.², Тобокалова С.Т.¹, Мурзаева А.Т.³

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации

Кафедра инфекционных болезней, ВИЧ/СПИД и дерматовенерологии ¹

Кафедра общественного здоровья с курсом инфекционного контроля ²

Республиканский медико-информационный центр ³

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель - изучение заболеваемости хроническим вирусным гепатитом В и D (ХВГВ и ХВГД) детей до 14 лет в разрезе возрастных групп. Материалом послужили данные Государственной отчетной формы №12 «Отчет о деятельности организаций здравоохранения (ЦСМ, диспансера, ГСВ)» за период 2010-2013гг, базируемые в Республиканском медико-информационном центре. Несмотря на то, что в нашей республике дети до 15 лет охвачены вакцинацией против ВГВ, установлено наличие заболеваемости хроническими гепатитами (ХГ) среди них с превалированием ХВГД над ХВГВ. ХВГД был обусловлен подверженностью детей 5-14 лет и 1-4 лет (1- 90/0000, М- 50/0000 и 1- 30/0000, М- 20/0000, соответственно), а ХВГВ ¾ в основном детей 5-14 лет. Возрастной анализ показал, что у детей первого года жизни были выявлены обе формы ХГ в 2013г (ХВГВ и ХВГД, 3 случая и 1 случай на 100 000 населения). В возрасте 1-4 лет ХВГВ был выявлен лишь в 2012г (1 0/0000), а ХВГД регистрировался ежегодно (по 1 0/0000), с пиком выявления в 2011г (30/0000). Заболеваемость детей 5-14 лет ХВГД была больше чем ХВГВ (1- 90/0000, М- 50/0000 и 1- 20/0000, М- 10/0000, ХВГД и ХВГВ, соответственно).

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит В у детей, хронический вирусный гепатит D у детей, заболеваемость.

**БАЛДАРДЫН ӨНӨКӨТ В ЖАНА D ВИРУСТУК ГЕПАТИТТЕРИНЕ ЧАЛДЫГЫШЫ,
2011-2013ЖЖ, КЫРГЫЗСТАН**

Ногойбаева К.А.¹, Касымбекова К.Т.², Тобокалова С.Т.¹, Мурзаева А.Т.³

Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту

Жугуштуу оорулар, ВИЧ/СПИД жана дерматовенерология кафедрасы ¹

Инфекциондук контроль курсу менен коомдук саламаттык кафедрасы ²

Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлигинин Республикалык маалымат борбору ³

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөнүн максаты 14 жашка чейинки балдардын өнөкөт В жана D (ӨВВГ жана ӨДВГ) вирустук гепатиттерине чалдыгышын жаш курагына карата иликтөө. Республикалык медико-информациялык борборунда 2010-2013жж аралыгындагы чогултулган мамлекеттик №12- форма «Саламаттыкты сактоо уюмдарынын (УМБ, диспансер, ҮДТ) ишмердүүлүгүнүн отчету» изилденди. Биздин республикада 15 жашка чейинки балдардын ВГВ каршы эмделгенине карабастан, ӨВВГ карата ӨДВГ басымдуулук кылышы менен мүнөздөлгөн өнөкөт гепатиттерге чалдыгышы аныкталды. ӨДВ гепатитинде 5-14 жана 1-4 жаштагы балдардын жабыркоосу (1- 90/0000, М- 50/0000, жана 1- 30/0000, М- 20/0000, ылайык), ал эми ӨВВГ түрүндө негизинен 5-14 жаштагы балдардын сыркоолору айкындалды. Бир жашка чейинки наристелерде гепатиттин эки түрү тең 2013 ж. кездешкени байкалды (ӨВВГ жана ӨДВГ, 100 000 калка карата 3 учур жана 1 учур). ӨВВГ 1-4 жаштагы балдарда 2012жылы гана тастыкталса (1 0/0000), ал эми ӨДВГ ар бир жылы аныкталып (1 0/0000 ден), эң кобу 2011жылы (30/0000) табылганы белгилүү болду. ӨДВГ 5-14 жаштагы жеткинчектерде көбүрөөк катталганы такталды (1- 90/0000, М- 50/0000 жана 1- 20/0000, М- 10/0000, ӨДВГ и ӨВВГ, ылайык).

Негизги сөздөр: балдардын өнөкөт В вирустук гепатити, балдардын өнөкөт D вирустук гепатити, ооруга чалдыгуу.

**MORBIDITY OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND D IN CHILDREN,
2010-2013, KYRGYZSTAN**

Nogoibaeva K.A.¹, Kasymbekova K.T.², Tobokalova S.T.¹, Murzaeva A.T.³

Kyrgyz State Medical Institute of Continuous Education

Department of Infectious Diseases, HIV / AIDS and dermatovenereology ¹

Department of Public Health with the course of infection control ²

Republican Medical Information Centre ³

Bishkek c., Kyrgyz Republic

Resume. The goal - the study of the incidence of chronic viral hepatitis B and D (HBV and HVD) children up to 14 years across age groups. The material is a state data reporting form №12 «Report on the activities of healthcare organizations (UCM, dispensary, FGP)» for the period 2010-2013, based at the Republican Medical Information Center. Despite the fact that in our country children under 15 are covered by vaccination against HBV, established the presence of incidence of chronic hepatitis (CH) among them, with the prevalence of HBV HVD. HVD was caused by exposure to children 5-14 years and 1-4 years (1- 90/0000, 0/0000 and M 5 1 3 0/0000, 0/0000 M 2, respectively), but HBV is mainly ¾ children 5-14 years. Age analysis showed that the infants were found both forms of hCG in 2013 (HBV and HVD, 3 cases and 1 case per 100 000 population). Aged 1-4 HBV was detected only in 2012. (1 0/0000) and HVD recorded annually (1 0/0000), with a peak in 2011 (3 0/0000). The incidence of children 5-14 years HVD was more than HBV (1- 90/0000, 0/0000 and M 5 1 2 0/0000, 0/0000 M-1, HBV and HVD, respectively).

Key words: chronic viral hepatitis B in children, chronic viral hepatitis D in children, the incidence.

Введение.

Вирусные гепатиты В и D в силу эпидемиологических особенностей, как реализация естественных путей передачи (перкутанным путем в быту, половым путем и от матери ребенку) наравне с искусственными путями (медицинские вмешательства) имеют повсеместное широкое распространение [1,2]. В нашей стране отмечается высокая частота регистрации острых и хронических форм гепатитов среди лиц всех возрастов [3]. Система эпиднадзора продолжает выявлять хронический вирусный гепатит среди детей до 14 лет, несмотря на внедрение вакцинации против вирусного гепатита В с 1999г-2000г, в рамках Национального календаря прививок [4]. Учитывая вышеизложенное, нами проведен анализ заболеваемости хроническим вирусным гепатитом В и D у детей до 14 лет в разрезе возрастных групп.

Материал и методы.

При выполнении данной работы мы использовали Государственную отчетную форму №12 «Отчет о деятельности организаций здравоохранения (ЦСМ, диспансера, ГСВ)» за период 2010-2013гг, базированную в Республиканском медико-информационном центре, за период 2010-2013гг. Республиканские данные были генерированы из отчетов Центров семейной медицины со всех регионов республики. Обработка данных была проведена с использованием статистического пакета компьютерной программы Microsoft Office Excel. Расчет интенсивного показателя производился на 100 000

населения, а экстенсивный показатель – долевое участие каждого изучаемого признака.

Результаты и их обсуждение.

За период 2010-2013гг в отчетную форму №12 были включены 1953 пациентов с хроническим вирусным гепатитом В, из них у 859 (43,9%) гепатит протекал в виде моноинфекции (ХВГВ), 1094 (56,1%) - в сочетании с вирусом дельта (ХВГД).

Дети до 14 лет составили при ХВГВ 7,0 % (n=60), а при ХВГД 20,2 % (n=221) от общей заболеваемости за указанный период. Анализ динамики выявления указанных гепатитов показал, что в исследуемые годы ХВГВ в данной возрастной группе составил 9,0-10,2 % от всех выявленных больных, за исключением 2012г. – когда было зарегистрировано всего 3,8%. В 2010 и 2011гг. почти четвертая часть зарегистрированных пациентов с ХВГД были дети (29,8% и 24,1%, соответственно). При этом отмечается тенденция к снижению регистрации в последующие годы (17,0% и 6,9%, 2012г и 2013г, соответственно).

Для более детального анализа, изучаемая группа больных с ХВГВ и ХВГД была распределена на три возрастные группы: 0-12 мес, 1-4 года и 5-14 лет (рисунок 2). Дети грудного возраста встречались при обоих гепатитах, с превалированием при ХВГВ (6% и 1%. ХВГВ и ХВГД, соответственно), что является тревожным фактом свидетельствующим отсутствии профилактики передачи вирусов гепатита В и D от матери ребенку. Дети в возрасте 1-4 лет больше выявлялись при ХВГД (7% и 13%.

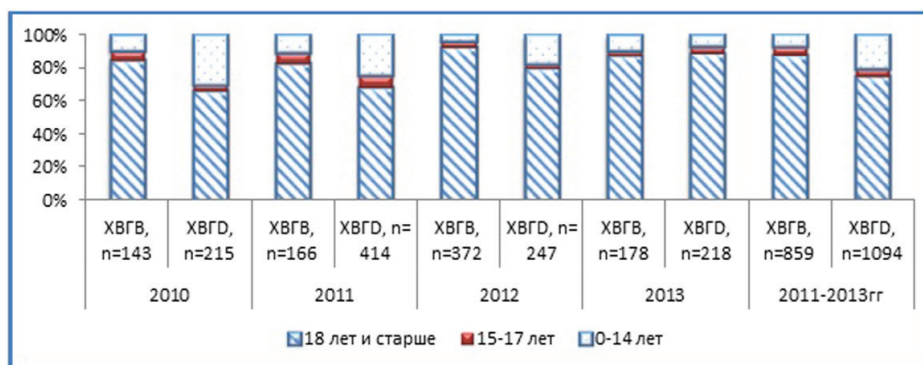


Рисунок 1. Динамика распределения впервые установленных случаев ХВГ В и ХВГД , 2011-2013гг, РМИЦ, Кыргызстан.

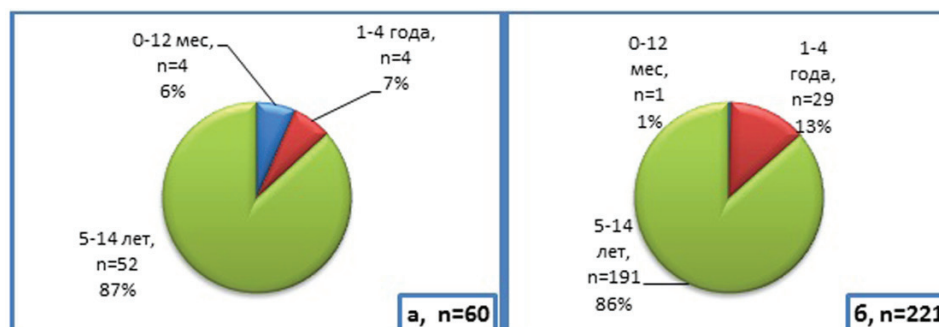


Рисунок 2. Возрастное распределение впервые установленных случаев ХВГ В (а) и ХВГД (б) у детей, 2011-2013гг, РМИЦ, №12- форма, Кыргызстан.

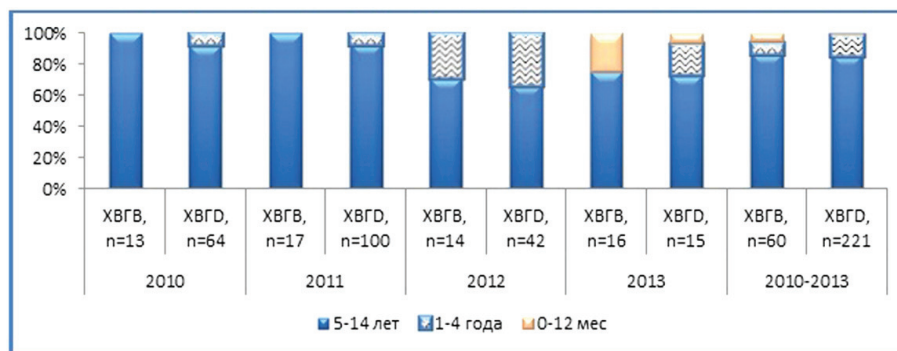


Рисунок 3. Динамика возрастного распределения впервые установленных случаев ХВГВ и ХВГД у детей, 2011-2013гг, РМИЦ, №12- форма, Кыргызстан.

Таблица 1.
Динамика заболеваемости детей ХВГВ и ХВГД на 100 000 населения в возрастном аспекте, 2011-2013гг, РМИЦ, №12- форма, Кыргызстан

Возрастные группы		Нозологии	2010г	2011г	2012г	2013г	2011-2013гг (М)
0-14 лет		ХВГВ, n=60	1	1	1	1	1
		ХВГД, n=221	4	6	2	1	3
Из них	0-12 мес	ХВГВ, n=4	0	0	0	3	-
		ХВГД, n=1	0	0	0	1	-
	1-4 года	ХВГВ, n=4	0	0	1	0	-
		ХВГД, n=29	1	1	3	1	2
	5-14 лет	ХВГВ, n=52	1	2	1	1	2
		ХВГД, n=191	6	9	3	1	5

ХВГВ и ХВГД, соответственно). При этих гепатитах чаще регистрировались дети в возрасте 5-14 лет (87 % и 86%. ХВГВ и ХВГД, соответственно).

Анализ динамики выявления данных гепатитов за 2010-2013гг, показывает, что в 2010 г и 2011г ХВГВ был обусловлен заболеваемостью детей только 5-14 лет, а при ХВГД встречались и дети 1-4 лет (7,8% и 7%, 2010г и 2011г., соответственно) (рис 3).

В 2012 г отмечалось более часто выявление детей указанного возраста и почти каждый третий ребенок был в возрасте от 1 до 4 лет при обеих нозологиях (28,6 % и 33,3 %, ХВГВ и ХВГД, соответственно). В 2013г установлено относительно низкая регистрация хронических гепатитов у детей до 14 лет (n=16 и n=16, ХВГВ и ХВГД, соответственно). Следует подчеркнуть, что из 16 пациентов с ХВГВ 4 были детьми грудного возраста (25%). При ХВГД так же было выявлено вовлечение в процесс детей 0-12 месяцев (1 из 15), что вероятнее всего связано с внедрением исследования детей рожденных от матерей из группы риска на инфицированность парентеральными гепатитами, согласно приказу МЗ КР №488.

Для определения заболеваемости детей в разрезе возрастных групп был произведен расчет на 100 000 детей (таблица 1).

Сравнительный анализ интенсивных показателей заболеваемости свидетельствует о том, что в общей группе детей 0-14 лет ХВГВ имел была низкая во всех изучаемых годах ($1/_{0000}$), тогда как при ХВГД данный показатель составил от 1 до $6/_{0000}$, М- $3/_{0000}$, с тенденцией к снижению

($4/_{0000}$ и $1/_{0000}$, в 2010г. и 2013г., соответственно).

Таким образом, несмотря на то что в нашей республике дети до 15 лет охвачены вакцинацией против ВГВ, установлено наличие заболеваемости хроническими гепатитами среди них спревалированием ХВГД над ХВГВ. ХВГД был обусловлен подверженностью детей 5-14 лет и 1-4 лет ($1-9/_{0000}$, М- $5/_{0000}$ и $1-3/_{0000}$, М- $2/_{0000}$, соответственно), а ХВГВ $3/4$ в основном детей 5-14 лет. Возрастной анализ показал, что у детей первого года жизни были выявлены обе формы хронических гепатитов в 2013г (ХВГВ и ХВГД, 3 случая и 1 случай на 100 000 населения). В возрасте 1-4 лет ХВГВ был выявлен лишь в 2012г ($1/_{0000}$), а ХВГД регистрировался ежегодно (по $1/_{0000}$), с пиком в 2011г ($3/_{0000}$). Заболеваемость детей 5-14 лет ХВГД была выше чем ХВГВ ($1-9/_{0000}$, М- $5/_{0000}$ и $1-2/_{0000}$, М- $1/_{0000}$, ХВГВ и ХВГД, соответственно).

Литература:

1. Özgenç F¹, Ecevit ÇÖ, Erdemir G, Sertöz R, Yağcı RV. Prevalence of hepatitis D co-infection in children with hepatitis B infection: cross-sectional analyses from Western Turkey. // *Turk J Gastroenterol*. 2013;24(4):345-8.
2. Abbas Z¹, Soomro GB, Hassan SM, Luck NH. Clinical presentation of hepatitis D in Pakistani children. // *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2014 Oct;26(10):1098-103.
3. Информационный бюллетень РМИЦ МЗ КР "Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской республики", г. Бишкек, 2010-2013 гг.
4. Информационный бюллетень ДПЗ и ГСЭН МЗ КР "Сан эпидслужба и здоровье населения", Бишкек, 2010-2013гг.

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ!
Токтосунова Айтмамат Токтосуновича



Токтосунов Айтмамат Токтосунович, родился 05.07. 1955 г.р., в селе Токбай-Талаа, Кара-Кульджинского района, Ошской области. В 1972 году закончил среднюю школу «Ленинчил-Жаш». 1972 -1973 годы, работал в колхозе «Ленинчил-Жаш». 1973-1978 гг. - студент стоматологического факультета, Киргизского государственного медицинского института.

С 1978 года по 1979 год - врач-интерн хирургической стоматологии, городской стоматологической поликлиники № 3 (г. Фрунзе). С 1979 года по 1981 год врач хирург-стоматолог, городской стоматологической поликлиники № 3 (г. Фрунзе).

С 1981 года по 1982 год, врач ординатор, отделения челюстно- лицевой хирургии РКБ МЗ КР.

1982 - 1985 гг. целевой очный аспирант Центрального научно- исследовательского института стоматологии (ЦНИИС) МЗ СССР (г. Москва).

С 1986-1997 гг., ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева. С 1997 года по настоящее время, доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно- лицевой хирургии, данного ВУЗа.

1991 г. - защитил диссертацию в ЦНИИ стоматологии МЗ СССР (г. Москва), кандидат медицинских наук. С 1997 года по 2010 год - доцент

кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им И.К. Ахунбаева МЗ КР.

С декабря 2010 года по настоящее время, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Автор более 60 научных статей, опубликованных в научных журналах Кыргызской республики и в странах ближнего и дальнего зарубежья (Россия, Казакстан, Швейцария, Япония и США). А также шести учебных пособий для студентов и клинических ординаторов, методических рекомендаций - для врачей.

А.Т. Токтосунов, высококвалифицированный хирург, владеющий техникой всех оперативных методов лечения больных с патологией челюстно-лицевой области и шеи. Как единственный онколог-стоматолог Кыргызстана, выполняет самые сложные операции при онкологических заболеваниях головы и шеи.

Имеет три патента на изобретение по выполнению сложных восстановительных операций, больным с челюстно-лицевой патологией.

«Отличник здравоохранения» Кыргызской Республики, награжден Почетной Грамотой Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики.

Женат, имеет дочь.

*Коллектив КГМА им. И.К.Ахунбаева
поздравляет Токтосунова Айтмамат
Токтосуновича с юбилеем и желает здоровья,
творческих успехов и долгих лет жизни.*

ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ!
Абдумомунова Абдыкалил Оморбаевича



Родился 15 июня 1955 году в селе Хиля Ленинского района Джалал-Абадской области. В 1972 году окончил среднюю школу в с. Хиля Ленинского района.

В 1973 году после окончания подготовительного курса Кыргызского государственного медицинского института поступил на стоматологический факультет. С 1978 года по 1979 год работал врачом-интерна в городской стоматологической поликлинике №3, затем после окончания интернатуры работал врачом – стоматологом в Кантской районной больнице, врачом-ортопедом в ГСП № 3.

В 1980 году поступил в клиническую ординатуру по специальности «ортопедическая стоматология» в Центральный научно-исследовательский институт стоматологии (г.Москва) и после окончания клинической ординатуры был принят в этот же институт в целевую аспирантуру.

После окончания аспирантуры и защиты кандидатской диссертации на тему: «Обоснование принципов избирательного пришлифовывания фронтальных групп зубов у больных с заболеваниями пародонта» с 1985 года начал

трудовую деятельность ассистентом кафедры ортопедической стоматологии Кыргызского государственного медицинского института. В 2001 году утвержден в звании доцента кафедры ортопедической стоматологии. В 2007 году защитил докторскую диссертацию на тему: «Клинико-функциональное обоснование возможности коррекции адаптационно - компенсаторных изменений в зубочелюстной системе при частичной утрате зубов». Имеет более 65 научных трудов, 1 монографию, 4 рацпредложения, 10 методических рекомендаций. С 2008 года по 2012 год заведовал кафедрой ортопедической стоматологии КГМИ. Абдыкалил Оморбаевич является опытным педагогом, высококвалифицированным специалистом в области ортопедической стоматологии. Врачебный стаж – 47 лет, имеет высшую квалификационную категорию.

За плодотворную работу в деле подготовки медицинских кадров был награжден знаком «Отличник здравоохранения КР», является академиком Международной ассоциации стоматологов FDI.

Неоднократно проходил ФПК и стажировки в ВУЗах России (г. Москва), Белорусии (г. Минск).

*Коллектив КГМА им. И.К.Ахунбаева
поздравляет Абдумомунова Абдыкалил
Оморбаевича с юбилеем и желает здоровья,
творческих успехов и долгих лет жизни.*

**ПОЗДРАВЛЯЕМ С ЮБИЛЕЕМ!
Базарбаеву Софию Базарбаевну**



София Базарбаевна родилась 25 октября 1945 года в г. Пржевальск Иссык-Кульской области. С 1953 по 1964 г. обучалась в городе Нарын в средней школе № 2 им. Чкалова и в 1964 г. поступила в Киргосмединститут на стоматологический факультет. После окончания института с 1970 по 1975 г. работала врачом-стоматологом в Ошской области, с 1975 по 1981 г. – в г. Бишкек детским врачом-стоматологом в учреждениях городского отдела здравоохранения. В 1982-1984 г. обучалась в клинической ординатуре на кафедре детской стоматологии КГМИ. В годы учебы проводила эпидемиологическое обследование школьников в г. Фрунзе. С 1984 по 1986г. работала в городской детской стоматологической поликлинике. С 1986 по 1988г. была заведующей отделом интернатуры КГМИ. С 1989 по 2000г. являлась ассистентом

кафедры детской стоматологии КГМИ. В 2000-2002 г. работала врачом – стоматологом в медицинском центре «Магистр». С 2006г. работает старшим преподавателем кафедры стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии КРСУ им. Ельцина.

Выступала с научными докладами на обществе стоматологов республики, на конференциях в поликлинике. В годы работы проходила специализацию и неоднократно курсы усовершенствования в г. Ташкенте, Бишкеке. София Базарбаевна - «Отличник Здравоохранения Кыргызской Республики», врач высшей категории – внесла определенный вклад в развитие детской стоматологии и обучение врачей – стоматологов.

Имеет двоих детей: сына, дочь и двух внуков.

*Коллектив КГМА им. И.К.Ахунбаева
поздравляет Базарбаеву Софию Базарбаевну
с юбилеем и желает здоровья, творческих
успехов и долгих лет жизни.*