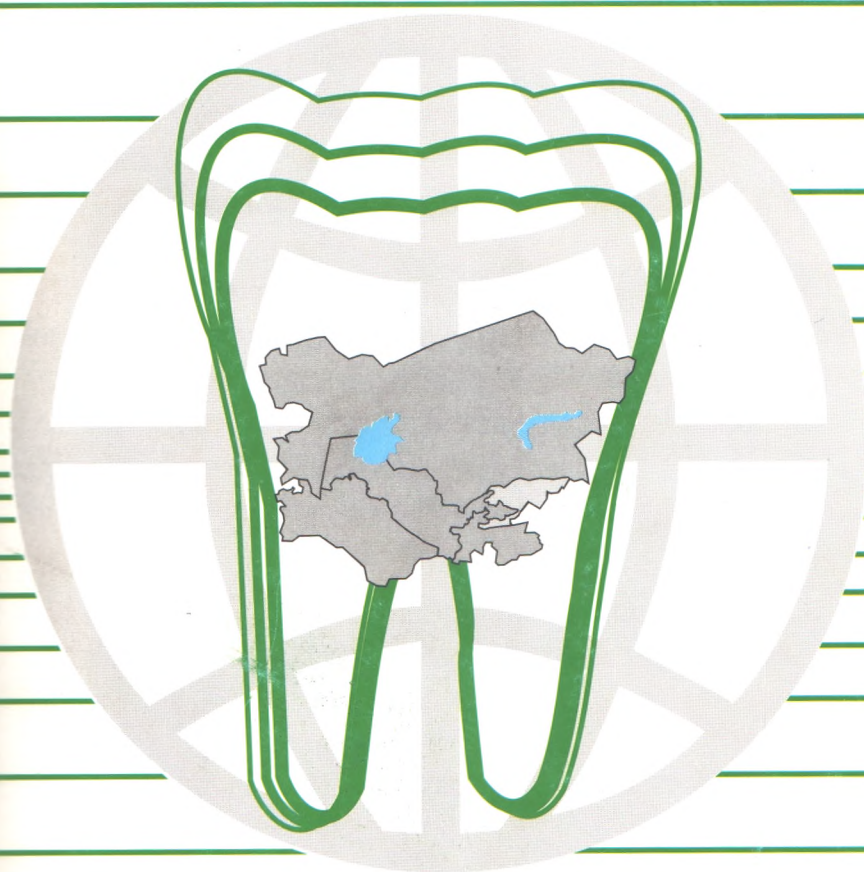


STOMATOLOGIYA

ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

№2/98



blend-a-med

ЎЗБЕКИСТОН

Стоматологлар Ассосиацияси

Тошкент давлат
институт

STOMATOLOGIYA" —

Осиё илмий-амалий журна

асос солинган.

Ўзбекистон Республикаси Давлат

қўмитаси томонидан 1998 й.

руйхатга олинган

№ 00081

ТАХРИРИЯТ МАНЗИЛГОҲИ:

Тошкент шаҳри,

кўчаси, 12

73-49-27

интернинг оригинал-макети МЧЖ "Unipress"

тайёрланган.

ва компьютерга

А. Абкеримова

коррлар М. Саъдулаев, И. Богодарова

иштирилган нархда

Stomatologiya

№ 2, 1998

Марказий Осиё
илмий-амалий журна

ТАХРИРИЯТ ХАЙЪАТИ

Бош муҳаррир С.А.Зуфаров

Бош муҳаррир муовуни ва масъул котиб С.Х.Юсупов

Абдуазимов А.Д.
Бекметов М.В.
Ирсалиев Х.И.
Иўлдошханова О.С.
Жилонов А.О.

Жуматов У.Ж.
Зуфаров О.О.
Қаҳҳорова Г.Ш.
Маҳкамов Э.У.
Оқилов Т.О.

Сафаров Т.Х.
Тоиров У.Т.
Танриқулиев П.Т.
Темирбаев М.А.
Худойбердиев Г.Э.
Шейнман В.Ю.

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ

Алиев М.И.
Алиқўжаев С.С.
Алиқўжаев Л.Б.
Алиқўжаев С.И.
Алиқўжаев Г.
Алиев С.С.
Алиев В.А.
Алиев У.М.
Алиев В.Ф.
Алиев Р.Н.
Алиев Ф.М.
Алиев М.М.
Алиев Х.С.

— Тошкент
— Бухоро
— Хоразм
— Тошкент
— Алмати
— Самарқанд
— Тошкент
— Тошкент
— Тошкент
— Тошкент
— Тошкент
— Тошкент
— Алмати

Курашев А.
Орозобеков С.Б.
Пашаев К.П.
Рузидинов С.Р.
Содиқов Э.С.
Саидкаримова У.А.
Соатов И.С.
Тлеумуратов Т.М.
Убайдуллоев М.Б.
Уразалин Ж.Б.
Шодиев К.К.
Худойёров И.А.
Юнусов Ю.Х.

— Караганда
— Бишкек
— Ашгабат
— Алмати
— Хоразм
— Тошкент
— Душанбе
— Нукус
— Тошкент
— Алмати
— Тошкент
— Тошкент
— Бухоро

Боқиев С.С. Дарахтсимон алоэ баргининг юз-жағ соҳаси абсцесс ва флегмоналарини даволашдаги таъсири

Бакиев С.С. Влияние древовидного листа на лечение флегмон и абсцессов в челюстной це-
33

Жилонов А.А. Юз соҳасида ўтказиладиган қайта тиклаш операцияларида артериялаштирилган лах-такларнинг қўлланиши

Жилонов А.А. Артериализированные лоскуты при реконструктивных операциях на лице
34

Зуфаров С.А., Нигматов Р.Н., Хабилов Н.А. Тиш қаторларининг қисман де-фектида тиш пародонтининг чидамлилиги дара-жасини текшириш

Зуфаров С.А., Нигматов Р.Н., Хабилов Н.А. Исследование выносливости пародонта в частичных дефектах зубного ряда
35

Маликов Х.К., Адилов З.К. Сўров усулини тиш протезлашнинг эрта босқичларида галваноз-ларга олиб келувчи омиллар борлиги эҳтимоли-ни аниқлаш усули сифатида қўллаш.

Маликов Х.К., Адилов З.К. Опрос пациентов как метод выявления факторов риска возникновения гальванозов на ранних этапах протезирования
37

Аъзамхўжаев С.С., Мирзаев М.М. Тиш протезларидан фойдаланиш жараёнида сўлак тар-кибининг ўзгаришлари механизми.

Агзамходжаев С.С., Мирзаев М.М. Механизм изменений состава слюны в процессе пользования зубными протезами
39

Нишанова Д.И., Йўлдошев С.Д., Ирсон-лиев Х.И. Тишлар қисман йўқотилганлик ҳола-тида оғиз бўшлигидаги барьерлик ҳолати ва унинг таркибий асослари

Ишанова Д.И., Юлдашев С.Д., Ирсонлиев Х.И. Состояние структурных основ барьерной полости рта при частичном отсутствии зубов
41

Абдуқодиров А.А., Бекметов М.В., Худояров И., Шомурадов З. Пастки жағдаги иккиламчи адентияда титанли имплантатларни қўллаш йўли билан тишларни протезлаш

Абдукадыров А.А., Бекметов М.В., Худояров И., Шамурадов З. Зубное протезирование при вторичной адентии нижней челюсти с использованием титановых имплантатов
44

Стоматология касалликлари профилактикаси

Профилактика стоматологических заболеваний

Қаҳҳорова Г.Ш. Fluoristat-фторид системали Blend-a-med тиш пастасининг тиш кариесига қар-ши эффективлиги

Каххарова Г.Ш. Противокариозная эффективность Fluoristat-фторидной системы зубной пасты Blend-a-med
46

Эпидемиология, ташкиллаштириш, тарих

Эпидемиология, организация, история

Юсупов С.Х. Бозор иқтисоди жорий қилини-ши жараёнида Ўзбекистон Республикасида сто-матология хизматини ташкиллаштириш ва бош-қаришнинг хусусиятлари

Юсупов С.Х. Особенности организации и управления стоматологической службой в Республике Узбекистан в условиях внедрения рыночной экономики
50

Хонкелдиева Л., Рахматуллаева Д.У., Оқилов Т.О. Сут тишлари кариеси касаллиги, кечирилган касалликлар ва ўсиш шароитлари ора-сида ўзаро боғлиқлик.

Ханкелдиева Л., Рахматуллаева Д.У., Акилов Т.А. Зависимость между условиями развития, перенесенными заболеваниями и частотой кариесом молочных зубов
52



УДК 616.311.2:616.314
через реципиентные сосуды и фиксировать к краям дефекта.

ОСКОМУТ — это сквозных дефектах лица, учитывая отсутствие возможности создания внутренней выстилки за счет местных тканей, выкраивали лоскут необходимых размеров, с учетом площади дефекта на слизистой полости рта, глубины сагиттального дефекта и его наружной части.

Максимальным отделом лоскута создавалась выстилка дефекта. Вся глубина дефекта была закрыта деэпителизированным участком лоскута, а его дистальным отделом закрывалась значительная часть дефекта.

Лечение дефекта лица характеризуется клинической особенностью перехода повреждения из одной области в другую. В отдельных случаях эти дефекты затрагивают среднюю и нижнюю зону лица с повреждением кровеносных тканей и подлежащих структур.

Лоскут позволяет восстановить контур средней и нижней зоны лица, верхней челюсти, скуловой кости, как дефект нижней челюсти требует его применения. Для этой цели мы применяли различные виды лоскутов: артериализированного ребра (5 пациентов), артериализированной грудинно-подключичной кости (1 пациент), свободного фрагмента (2 пациента) и силиконовый имплантат (1 пациент).

Лоскут, содержащий кожу, подкожную клетчатку и фасции, использовали для закрытия дефекта покровных тканей, характерного преимущественным поражением мягких тканей. Недостатком лопаточного лоскута является его длина сосудистой ножки (до 4 см), что ограничивает его использование при дефектах, расположенных в среднем отделе лица. При таких случаях использовали аутовенозные вставки из большой вены нижней конечности.

Лоскут, содержащий мышцу, в отдаленном сроке лечения подвергается атрофии, что позволяет использовать его истинные размеры, соответствующие размеру дефекта. Наиболее частым осложнением у пациентов проводили с использованием лоскута из мышечной ткани двух или трех артериализированных лоскутов — лопаточного и торокодорзального (2 пациента), лопаточного и пахового лоскута (1 пациент).

Лоскут, содержащий мышцу, в отдаленном сроке лечения подвергается атрофии, что позволяет использовать его истинные размеры, соответствующие размеру дефекта. Наиболее частым осложнением у пациентов проводили с использованием лоскута из мышечной ткани двух или трех артериализированных лоскутов — лопаточного и торокодорзального (2 пациента), лопаточного и пахового лоскута (1 пациент).

Лоскут, содержащий мышцу, в отдаленном сроке лечения подвергается атрофии, что позволяет использовать его истинные размеры, соответствующие размеру дефекта. Наиболее частым осложнением у пациентов проводили с использованием лоскута из мышечной ткани двух или трех артериализированных лоскутов — лопаточного и торокодорзального (2 пациента), лопаточного и пахового лоскута (1 пациент).

Лоскут, содержащий мышцу, в отдаленном сроке лечения подвергается атрофии, что позволяет использовать его истинные размеры, соответствующие размеру дефекта. Наиболее частым осложнением у пациентов проводили с использованием лоскута из мышечной ткани двух или трех артериализированных лоскутов — лопаточного и торокодорзального (2 пациента), лопаточного и пахового лоскута (1 пациент).

Лоскут, содержащий мышцу, в отдаленном сроке лечения подвергается атрофии, что позволяет использовать его истинные размеры, соответствующие размеру дефекта. Наиболее частым осложнением у пациентов проводили с использованием лоскута из мышечной ткани двух или трех артериализированных лоскутов — лопаточного и торокодорзального (2 пациента), лопаточного и пахового лоскута (1 пациент).

Лоскут, содержащий мышцу, в отдаленном сроке лечения подвергается атрофии, что позволяет использовать его истинные размеры, соответствующие размеру дефекта. Наиболее частым осложнением у пациентов проводили с использованием лоскута из мышечной ткани двух или трех артериализированных лоскутов — лопаточного и торокодорзального (2 пациента), лопаточного и пахового лоскута (1 пациент).

Лоскут, содержащий мышцу, в отдаленном сроке лечения подвергается атрофии, что позволяет использовать его истинные размеры, соответствующие размеру дефекта. Наиболее частым осложнением у пациентов проводили с использованием лоскута из мышечной ткани двух или трех артериализированных лоскутов — лопаточного и торокодорзального (2 пациента), лопаточного и пахового лоскута (1 пациент).

Лоскут, содержащий мышцу, в отдаленном сроке лечения подвергается атрофии, что позволяет использовать его истинные размеры, соответствующие размеру дефекта. Наиболее частым осложнением у пациентов проводили с использованием лоскута из мышечной ткани двух или трех артериализированных лоскутов — лопаточного и торокодорзального (2 пациента), лопаточного и пахового лоскута (1 пациент).

замену дефекта торокодорзальным лоскутом, затем проведена корригирующая операция, заключающаяся в перераспределении ткани. В двух случаях после ревизии микроанастомозов восстановлено кровоснабжение лоскута и отмечено его полное приживление. Кроме того, в трех случаях наблюдали осложнения воспалительного характера в донорском участке. После проведенной соответствующей терапии процесс купировался. Во всех 30 случаях (два после повторной операции) получен удовлетворительный результат. Средняя продолжительность пребывания в стационаре одного больного, прооперированного по данной методике, составила 38,3 дня.

Таким образом, при восстановительных операциях в челюстно-лицевой области использование артериализированного лоскута на микрососудистых анастомозах по строгим показаниям гарантирует успех лечения. Применение более современных и совершенных методов пластики — лоскутные операции на микрососудистых анастомозах — позволяет резко сократить сроки реабилитации, избавляет больных от физических и психологических страданий, имеет большое социально-экономическое значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малаховская В.И. и др. — Торокодорзальный лоскут в реконструкции лица // Стоматология, 1995. — № 4. С. 40—45.
2. Hanghey B., Fredrickson J. M. The latissimus dorsi donor site. Arch. Otolaryngol Head Neck Surg., 1991. — pp.1129-1134.
3. Bandet J., Guimbertean J.G., Nascimento E., Successful clinical transfer of two free toraco-dorsal axillary flaps. Plast. Reconstr. Surg., 1976. — pp.58-60.

УДК 616.311.2:616.314

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫНОСЛИВОСТИ ПАРОДОНТА ЗУБОВ ПРИ ЧАСТИЧНЫХ ДЕФЕКТАХ ЗУБНОГО РЯДА

Зуфаров С. А., Нигматов Р. Н.,
Хабилон Н. Л.

Первый Ташкентский Государственный
медицинский институт

Выбор конструкции мостовидного протеза, числа опорных пунктов не всегда делается теоретически обоснованным, а проводится в основном эмпирически, что приводит к частым ошибкам, способствующим дальнейшему разрушению зубного ряда.

Изучение законов биомеханики опорного аппарата зубов в норме и при патологии является важным для раскрытия сущности функциональных возможностей зубов, включенных в опору мостовидных протезов, и определения плана лечения [1, 2].

Однако, наряду со множеством положительных качеств мостовидных протезов перед другими протезами, вопросы показаний к мостовидному

Выносливость пародонта зубов у контрольных групп пациентов

челюсти	нап	Гнатодинамометрические показатели зубов (в единицах)														
Верхняя челюсть	Г	4,20 ± 0,21	5,69 ± 0,28	6,49 ± 0,32	3,79 ± 0,19	3,59 ± 0,18	3,32 ± 0,17	2,00 ± 0,10	2,31 ± 0,11	2,22 ± 0,11	1,91 ± 0,09	3,40 ± 0,17	3,67 ± 0,18	3,84 ± 0,19	6,42 ± 0,32	5,84 ± 0,29
	В	28,9 ± 1,44	37,5 ± 1,87	43,2 ± 2,16	26,6 ± 1,33	26,4 ± 1,32	24,7 ± 1,23	13,5 ± 0,67	14,8 ± 0,74	15,1 ± 0,75	13,2 ± 0,66	25,1 ± 1,25	26,4 ± 1,32	26,7 ± 1,33	43,3 ± 2,16	38,2 ± 1,91
Зубы		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7
Нижняя челюсть	В	28,4 ± 1,42	38,2 ± 1,91	43,4 ± 2,17	26,5 ± 1,32	26,4 ± 1,32	25,1 ± 1,25	13,1 ± 0,65	13,6 ± 0,68	13,4 ± 0,67	12,9 ± 0,64	25,3 ± 1,26	25,6 ± 1,28	26,9 ± 1,34	43,4 ± 2,17	38,1 ± 1,90
	Г	4,24 ± 0,21	5,84 ± 0,29	6,51 ± 0,32	3,62 ± 0,18	3,59 ± 0,18	3,61 ± 0,16	1,90 ± 0,09	2,12 ± 0,11	2,06 ± 0,10	1,66 ± 0,08	3,10 ± 0,15	3,49 ± 0,17	3,88 ± 0,19	6,62 ± 0,33	5,84 ± 0,29

Примечание: Г — выносливость в горизонтальном направлении; В — выносливость в вертикальном направлении

протезированию, оптимизации их конструкций в зависимости от локализации, величины дефектов зубных рядов и состояния пародонта опорных зубов во многом остаются спорными.

Цель настоящей работы — изучение выносливости пародонта зубов при интактных и частичных дефектах зубного ряда и на основании их выносливости выбор количества опорных зубов для мостовидного зубного протезирования.

Материал и методы исследования

Для решения поставленной цели исследования нами были проанализированы результаты комплексного специального и клинико-функционального обследования и лечения 141 больного, нуждавшихся в изготовлении несъемных мостовидных протезов различной конструкции и 51 студента с интактными зубными рядами. Обследование больных и их лечение проводилось на кафедре ортопедической стоматологии Первого ТашГосМИ.

Обследование пациентов проводилось по общепринятой схеме. Результаты обследования заносились в специальную карту, разработанную на нашей кафедре.

При проведении гнатодинамометрического исследования (ГДМ) мы пользовались электронным гнатодинамометром [3].

Все материалы исследования были подвергнуты статистической обработке по методу Стьюдента-Фишера с применением ЭВМ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

А. Результаты ГДМ исследований у пациентов с интактным зубным рядом

Результаты гнатодинамометрических исследований 51 практически здоровых студентов с интакт-

ными зубными рядами (контрольная группа) представлены в табл. 1.

Из таблицы 1 видно, что выносливость зубов к вертикальной нагрузке у мужчин колебалась в среднем ряду от 13 до 44 условных единиц. Наиболее слабыми по выносливости были нижние резцы — первые и вторые моляры. Верхние резцы в целом имели большую выносливость, чем нижние, что соответствует литературным данным. Однако, в среднем нижние моляры имели большую выносливость, чем верхние, хотя имелись индивидуальные различия показателей.

Выносливость зубов у женщин имела примерно такие же характеристики, но в отличие от мужчин жевательные зубы превосходили резцы менее значительно. Индивидуальные различия у женщин были еще более значительны.

Выносливость зубов к горизонтальной нагрузке была в 5—7 раз ниже, чем к вертикальной нагрузке.

Б. Результаты ГДМ исследований выносливости зубов при частичных дефектах зубных рядов

Гнатодинамометрическому исследованию подвергались сначала первые зубы от дефекта зубного ряда с одной и с другой стороны, затем вторые, третьи, иногда и четвертые зубы. Результаты исследований трудно обобщить в таблице из-за большого количества средних арифметических различий, так как дефекты имели различную локализацию и протяженность. Поэтому изменения показателя выносливости зубов мы выражали в процентах к соответствующему зубу в сравнении с контрольной группой.

Так, например, вертикальная выносливость первого от дефекта зуба на верхних передних рядах снижалась в пределах от 10,7% до 38,6%, а горизонтальная выносливость — от 21,7% до 37,3%.

Таблица 1. Сравнение с контрольными показателями (а так-
же симметрично расположенными интактными
зубами самого пациента).

6,42 ± 0,32	5,84 ± 0,29
43,3 ± 2,16	38,2 ± 1,91
6 ± 2,17	7 ± 1,90
6,62 ± 0,33	5,84 ± 0,29

направлении...
...нагрузка...
...снижение выносливости пародонта...
...на боковых резцах при потере сосед-
них зубов справа или слева. Она опускается до пре-
дела 1—77,7%. При отсутствии клыка первые
зубы теряют выносливость пародонта к вер-
тикальной нагрузке в пределах до 20,3% по срав-
нению с симметричным и контрольным показате-
лем. Наибольшая потеря одного из центральных резцов при-
водит к значительному снижению выносливости к
вертикальной нагрузке у симметричного резца до
5,4%.

По данным исследования нижних передних зубов при включе-
нии их в зубной ряд имелись значительные различия в выносли-
вости к вертикальной нагрузке, также как и на верхней
челюсти. Наибольшая потеря выносливости к вертикальной на-
грузке имела место на клыках и состав-
ляла 95,3% по сравнению с интактными клы-
ками. Центральные и боковые резцы при потере
соседних зубов теряют выносливость до 30,4—40,1% от контрольно-
го уровня. В отличие от верхних передних зубов
нижние передние резцы к горизонтальной нагрузке сни-
жают выносливость до 50,6%.

Зубы нижней челюсти в отличие от
верхних зубов реагируют на частичные включе-
ния в зубной ряд более значительными
снижениями выносливости пародонта при поте-
ре соседствующих зубов. Например, отсутствие
второго моляра обуславливает снижение выно-
сливости к вертикальной нагрузке и мезиально и
мезиально расположенных от дефекта зубов от 15
до 20,3%, а вторые от дефекта зубы от 4,4 до 12,7%.

Выводы: выносливость к горизонтальной нагрузке
зубов также было более значи-
тельным, чем на верхних боковых зубах.
В отсутствие второго премоляра на сосед-
ствующих премоляре снижение выносливости
к вертикальной нагрузке почти не от-
личается от контрольного. Не снижается выносливость и второго от
дефекта зуба, т. е. клыка.
В первом моляре сни-
жается выносливость к вертикальному гнатодинамометрическому

показателя происходит в пределах, не превышаю-
щих до 10,3%, а на втором моляре и того меньше.

Таким образом, нарушение целостности зубного
ряда вызывает снижение выносливости пародонта
граничащих зубов в среднем на верхней челюсти
лишь от 5,5 до 10,7%, а на нижней челюсти от 15,4
до 50,3%. Причем, первые зубы с одной и с другой
стороны от дефекта теряют выносливость к нагруз-
ке более значительно, чем вторые, и особенно
третьи.

Эти гнатодинамометрические изменения колеб-
лются в зависимости от места локализации и про-
тяженности дефекта, которые необходимо учиты-
вать при выборе будущих конструкций протезов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Климашин Ю.И. — Определение функциональных воз-
можностей пародонта при ортопедическом лечении пародон-
тоза (клинико-экспер. исследов.): Автореферат дисс... канд. мед.
наук. — М., 1977. — 21 С.
2. Величко Л.С., Полонейчик Н.М., Крушевс-
кий А.Е. — Определение остаточной мощности пародонта с
учетом угла наклона зубов // Стоматология. — 1985. — Т. 64,
№ 4. — С. 20—21.
3. Ходжиметов Т.А. — Изучение функционального со-
стояния пародонта депульпированных зубов и обоснование оп-
тимальных сроков использования их в зубном протезировании:
Дисс... канд. мед. наук. — Ташкент, 1992. — 151 С.

УДК 616.314.089.28: 577.15.097

ОПРОС ПАЦИЕНТОВ КАК МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГАЛЬВАНОЗОВ НА РАННИХ ЭТАПАХ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Маликов Х. К., Адылов З. К.

Ташкентский Институт усовершенствования Врачей

Широкое применение различных сплавов ме-
таллов для изготовления ортодонтических аппара-
тов, пломбирования и протезирования зубов по-
ставило ряд проблем, среди которых — неперено-
симость металлических включений в полости рта
вследствие симптомов гальваноза, является наи-
более серьезной, так как она вынуждает прово-
дить замену установленных протезов, а нередко и
вообще исключает возможность использования ме-
таллических конструкций в полости рта. Среди па-
циентов, получивших ортопедическую стоматоло-
гическую помощь, жалобы на явления гальвано-
зов в полости рта предъявляли, по данным
различных авторов, от 2,5 до 48% от общего числа
[2], причем у женщин эти симптомы проявлялись
в 2,9 раза чаще (7,8%), чем у мужчин (2,7%) [2,4].

Цель данной работы — определение возможно-
сти выявления факторов риска возникновения
гальванозов полости рта при помощи предложен-