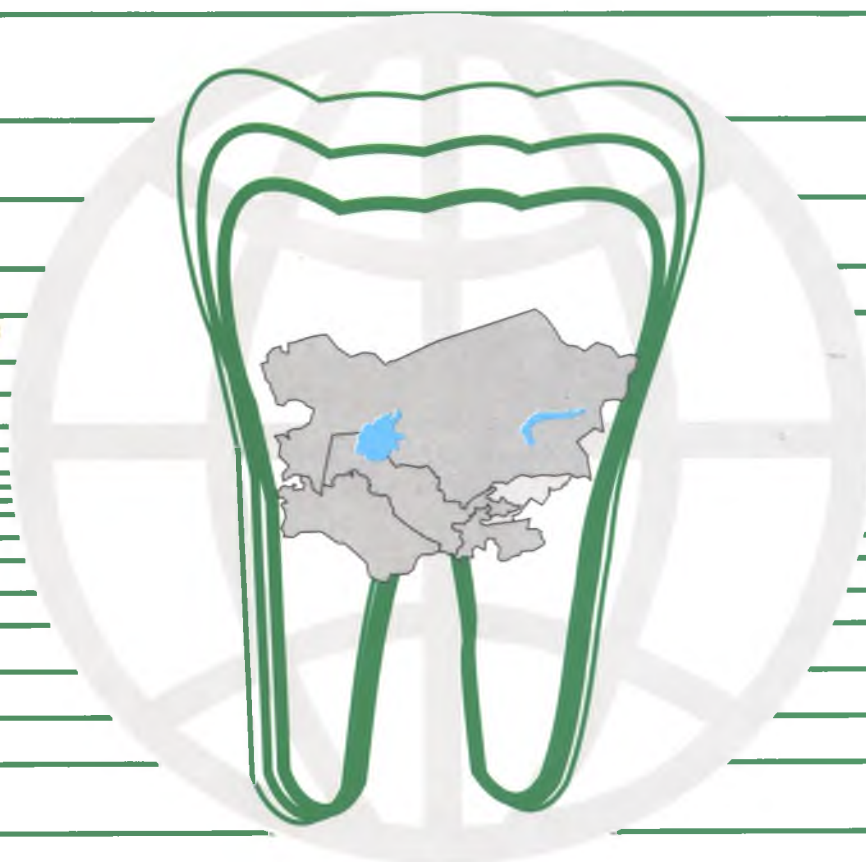


STOMATOLOGIYA

СРЕДНЕАЗИАТСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

№1 2001 (11)



blend-a-med



ассоциация
тологов Узбекистана
ташкентский
ственный медицинский институт
tologiya" —
практический журнал
издан в 1998 году

истрирован Государственным
ством Республики Узбекистан по печати
я 1998 г.

ствительство № 00081

РЕДАКЦИИ:

Республика Узбекистан,

Ташкент, ул. Хамзы, 103

т: 67-65-74

mail: stomatologiya@uzreport.com

журнал-макет изготовлен

ООО "POLISPEKTR"

лайн, компьютерный набор А.Смирнов

ктор И.В. Касилова

журнала договорная

Информационная поддержка фирмы "SAIPRO-SINO"

Stomatologiya № 1, 2001 (11)

Среднеазиатский
научно-практический журнал

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор **Х.И. Ирсалиев**
Заместитель главного редактора **Ф.М. Мамедова**
Ответственный секретарь **С.Х. Юсупов**

Абдуазимов А.Д.	Йўлдошханова А.С.	Каххарова Г.Ш.	Рузуддинов С.Р.
Агзамходжаев С.С.	Жилонов А.А.	Набиев У.М.	Сафаров Т.Х.
Азимов М.И.	Жуматов У.Ж.	Нигматов Р.Н.	Таиров У.Т.
Акилов Т.А.	Зуфаров С.А.	Леонтьев В.К.	Худояров И.А.
Бекметов М.В.	Зуфаров А.А.	Пашаев К.П.	Шейнман В.Ю.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абдуллаев Н.Т.	— Ташкент	Курашев А.	— Караганда
Абдуллаев Ш.Ю.	— Ташкент	Орозобеков С.Б.	— Бишкек
Алиевский А.В.	— Москва	Содыков Э.С.	— Хорезм
Бабаджанов Л.Б.	— Хорезм	Саидкаримова У.А.	— Ташкент
Бекташев С.И.	— Ташкент	Соатов И.С.	— Душанбе
Бекраев Ш.	— Карши	Темирбаев М.А.	— Алматы
Бекбаева М.Т.	— Алматы	Тлеумуратов Т.М.	— Нукус
Бекбаев С.Э.	— Самарканд	Убайдуллаев М.Б.	— Ташкент
Бекбаев В.А.	— Ташкент	Уразалин Ж.Б.	— Алматы
Бекбаева В.Ф.	— Ташкент	Шайхметова А.	— Алматы
Бекбаев М.М.	— Ташкент	Шодиев К.К.	— Ташкент
Бекбаева Х.С.	— Алматы	Юнусов Ю.Х.	— Бухара
Бекташев С.М.	— Ташкент	Худайбердиев Г.Э.	— Ташкент
		Яхьяев Б.М.	— Ташкент

Журнал издается при спонсорской поддержке компании "Procter & Gamble"



Организация, эпидемиология, история

Organization, epidemiology, history

С.Т.Хая-Адам, Ж.К.Саменов. Некоторые показатели отечественного пломбировочного материала при клинико-лабораторной апробации

S.T.Haya-Adam, J.K.samenov. Several characteristics of domestically produced filling materials during clinical-laboratory testing

Р.Т.Сафаров, Т.Х.Сафаров, Н.М.Садриддинов. Влияние фитотерапевтических средств на состояние местного иммунитета при лечении хронического пародонтита

Safarov R.T., Safarov T.Kh., Sadriddinov N.M. The effect of local drug-planta on the state of t-cell immunity in treatment of chronic parodontium

Оригинальные статьи

Original articles

А.Б.Рахматов, Т.П.Рахматов. Характер феномена Цербнера и поражение слизистой оболочки полости рта у больных красным плоским лишаем

A.B. Rahmatov, T.P.Rahmatov. Character of Cebner phenomena and lesion of mouth cavity mucous of patients with.

С.С.Агзамходжаев, Г.Э.Идиев. Состояние полости рта у работающих на производстве минеральных удобрений

S. S. Agzamkhodjaev, G.E. Idiev. Conditions of mouth cavity among workers of mineral fertilizers industry.

К.Д.Миразизов, А.К.Джаббаров, Н.Э.Махкамова, Д.Ф.Шамсиев. Повышение эффективности консервативного и хирургического лечения одонтогенного гнойного гайморита

K.D. Mirazizov, A.K.Djabbarov, N.E. Mahkamova, D.F. Shamsiev. Increase the effectiveness for conservative and surgical treatment from odontogen purulent antritis.

Н.М.Хелминская, Ш.Ю.Абдуллаев. Оценка клинико-рентгенологических исследований больных врожденными деформациями носо-орбитальной области

N.M. Helmenskay, Sh.Y. Abdulaev. The appraisal of clinical and X-ray examination on patients with congenital deformations of naso-orbitalis area

А.А.Мамедов, Н.С.Дмитриев, А.В.Соколова, А.Милешина, М.Л.Учанешвили, К.А.Ходжаева, Н.Э.Махкамова. Лечение экссудативного среднего отита у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба

A.A. Mamedov, N.S. Dmitriev, A.V. Sokolova, N.A. Mileshina, M.L. Uchaneshvili, K.A. Khodjaeva, N.E. Makhkamova. Treatment of exudative inflammation of middle ear among children with cleft lip or cleft palate.

С.Е.Кубаев. Динамика клинических параметров детей с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстей на фоне различных методов комплексного лечения

S.E.Kubaev. Dynamics of the clinical parameters in children with maxillary suppurative inflammatory diseases during different methods of complex treatment

С.А.Зуфаров, Ф.Т.Рахматуллаев, Р.Н.Нигматов, А.С.Зуфаров. Взаимодействие съемного зубного протеза с тканями протезного ложа у больных туберкулезом легких

S.A.Zufarov, F.T.Rahmatullaev, R.N.Nigmatov, A.S.Zufarov. Interaction of invaluable tooth prosthesis with tissues prosthetic place at ill with a pulmonary tuberculosis

Р.Т.Камилова. Состояние зубов у детей и подростков - объективный критерий биологического развития организма

R.T. Kamilova. The characteristic of teeth's condition of children and teenagers - is objective criterion degree of biological level of organism's development

У.Ж.Жуматов, М.Ф.Маматназарова. Влияние неблагоприятных экологических факторов на заболеваемость кариесом зубов у детей

Jumatov U.J., Mamatnazarova M.F. Influence of unfavourable ecological factors to sick rate by caries of children



заболевания наблюдалось у 1,7% детей, а при комплексном лечении - у 16,5%. Включение аевита, Димефосфона и иммуномодулина с лазертерапией в

комплексное лечение детей с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстей способствует улучшению его конечных результатов.

Литература

1. Коноплев О.И., Блоцкий А.А. Эффективность иммуномодуляторов у детей, больных хроническими синуситами. В кн.: Материалы Всероссийского симпозиума "Проблемы иммунологии и аллергологии". 1994; 47-48.
2. Муминов А.И., Карабаев Х. Изменение некоторых показателей иммунитета у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями носа и околоносовых пазух и способы их коррекции. Вестн. стомат. общ. практики. 1998; 1: 17-21.

3. Хафизьянова Р.Х., Студенцова И.А., Данилин В.И. и др. Димефосфон - как вазоактивное средство для нормализации функции нервной системы. Казанский мед. журн. 1993; 1: 8-12.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЪЕМНОГО ЗУБНОГО ПРОТЕЗА С ТКАНЯМИ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

С.А.Зуфаров, Ф.Т.Рахматуллаев, Р.Н.Нигматов, А.С.Зуфаров
Первый ташкентский государственный медицинский институт

INTERACTION OF INVALUABLE TOOTH PROSTHESIS WITH TISSUES PROSTHETIC PLACE AT ILL WITH A PULMONARY TUBERCULOSIS

S.A.Zufarov, F.T.Rahmatullaev, R.N.Nigmatov, A.S.Zufarov

The present work is devoted to study of state of an oral cavity and feature of acclimatization by an ill pulmonary tuberculosis to made invaluable plate prostheses. For an estimation of process of acclimatization of the patients to tooth prostheses by the authors were conducted clinically-stomatological and special researches at 48 stomatological patens, sectioned on 3 group.

The researches were conducted in view of the form and current of a tuberculosis, with definition of change of superficial temperature and discriminative sensitivity under prostheses. On the basis of these investigated data the authors fix the defined dependence of process of acclimatization to tooth prostheses from the form and current of the basic somatic disease.

Съемные пластиночные зубные протезы в отличие от других могут быть использованы при любых дефектах зубного ряда. Они более гигиеничны, чем мостовые зубные протезы и искусственные коронки.

Однако привыкание пациентов к съемным пластиночным зубным протезам сопряжено с отдельными трудностями. Обладая всеми известными видами чувствительности (кожной) и вкусовой чувствительностью слизистой оболочки полости рта является мощным рецепторным полем организма.

Пластиночные зубные протезы, покрывая большие площади слизистой оболочки полости рта, изолируют многочисленные нервные рецепторы, расположенные в поверхностных и более глубоких слоях слизистой оболочки, и постоянно их раздражают. Кроме того, изоляция значительных участков слизистой оболочки от омывания слюной и массирующего действия на нее пищи и трения языка нарушает трофику протезного ложа, способствует развитию существенных морфологических изменений, обус-

ловливающих снижение барьерно-защитных функций слизистой оболочки. Также из-за отсутствия непосредственного контакта слизистой оболочки с пищей притупляется эффективность пищеварительного и многих других рефлексов, которые обычно благотворно влияют на функцию ротового, желудочного и кишечного пищеварения. В результате качество усвоения пищи снижается.

Протезы в первое время после фиксации в полости рта воспринимаются как инородное тело и обуславливают защитную реакцию в виде обильного слюноотделения. Нередко раздражаются и рецепторы рвотного рефлекса с соответствующими общими реакциями организма.

Кроме того, протезы могут оказывать на органы и ткани полости рта, а через них на весь организм химико-токсическое и алергизирующее действие. Как инородное тело протезы нарушают механизмы естественного самоочищения полости рта, создают благоприятные условия для развития под протезами в слюне нефизиологической микрофлоры. Постоянное проглатывание слюны способствует нарушению естественных защитных механизмов организма.

Общие заболевания организма, в частности туберкулез легких, обуславливают существенные морфологические и функциональные изменения протезного ложа полости рта. Поэтому при решении вопроса о зубном протезировании у больных туберкулезом легких возникает достаточно сложная ситуация.

Отсутствие зубов и другие стоматологические болезни отрицательно влияют на течение общего заболевания, но можно ли при этом отказаться от протезирования? Как правило, в таких случаях альтернатив зубному протезированию мало. Общее состояние здоровья важнее, чем состояние отдельных местных тканей.

Общие заболевания организма, в данном случае туберкулез легких, способствуют развитию ряда стоматологических заболеваний (кариеса, заболеваний пародонта и слизистой оболочки полости рта).

Длительное использование при туберкулезе легких антибиотиков у многих больных вызывает развитие кандидоза полости рта, которому способствуют и сами съемные пластиночные зубные протезы.

Таким образом, изучение реакции тканей протезного ложа на пластиночные зубные протезы представляет практический и теоретический интерес.

Адаптация к зубным протезам на фоне сопутствующей общесоматической патологии сопровождается тяжелыми клиническими и функционально-морфологическими изменениями.

Туберкулез легких относится к очень тяжелым системным заболеваниям организма. При адаптации

к съемным зубным протезам больные испытывают более выраженное чувство дискомфорта в полости рта. Наблюдения показывают, что зубной протез чаще и быстрее приходит в негодность вследствие существенных изменений рельефа протезного ложа, особенно в периоды обострения основного заболевания. При обострении туберкулеза легких, как правило, наступает резко выраженная и не равномерная атрофия тканей протезного ложа, которой нарушается конгруэнтность протеза с лежащими тканями. Все это приводит к балансу и подвижности протезов. Они плохо фиксируются, в появляющиеся щели между протезом и подлежащими тканями попадают остатки пищи, создаются благоприятные условия для размножения микроорганизмов и появления запаха из полости рта.

Цель исследования - изучить процесс адаптации к вновь изготовленным пластиночным протезам больных туберкулезом легких.

Материалы и методы

Для оценки адаптации пациентов к зубным протезам нами были проведены клинико-стоматологические и специальные исследования у 48 стоматологических больных, разделенных на 3 группы. В I группу вошли 22 больных с впервые выявленным туберкулезом легких и впервые пользовавшихся съемными зубными протезами, во II - включены 12 больных с хронической формой туберкулеза легких, впервые пользовавшихся съемными пластиночными зубными протезами, в III - 14 стоматологических больных без фоновой патологии. Кроме того, у больных I и II групп мы изучали адаптацию к съемным зубным пластиночным протезам в зависимости от формы (очаговая, инфильтративная, диссеминированная и фиброзно-кавернозная) туберкулеза.

Клиническое и специальное обследование проводили до и в различные сроки использования съемных зубных протезов.

Стоматоскопические исследования проводили с помощью люминесцентного фотодиагноскопа (модель 611) и операционного микроскопа (модель 100), позволивших осматривать объект наблюдения при 8- и 25-кратном увеличении.

Температуру слизистой оболочки протезного ложа измеряли электротермометром ТЭМП-60 и нами сконструированным электронным стоматологическим термометром ЭТС-1 (удостоверение на рациональное предложение № 1015 от 23.02.1989 г. в 2-х экземплярах симметричных точках. Изогнутыми термопарами парата температурную топографию слизистой оболочки протезного ложа изучали в передней, средней и задней трети поверхности слизистой оболочки.



испытания на острых отростках и твердого неба справа и слева (по 8 точек на верхней и 12 на нижней челюсти). Важное значение мы придавали изучению топографической дискриминационной чувствительности слизистой оболочки полости рта (минимальное расстояние, на котором разделяются воздействие двух шипов инструмента).

Для определения дискриминационной чувствительности слизистой оболочки сотрудниками нашей кафедры сконструирован протез с датчиком, апробирован и применен в наших исследованиях. Оригинальный прибор для определения дискриминационной чувствительности слизистой оболочки у протезируемых (патентное свидетельство № 43 от 20.06.1977 г.).

Прибор состоит из двух взаимно-параллельно установленных дисков радиусом 20 мм. Наружный диск жестко приварен к ручке прибора, а внутренний диск с помощью резьбы свободно вращается вокруг оси и может отодвигаться от первого диска на расстояние 0-30 мм (диапазон измерения - от 0 до 30 мм).

Исследовались слизистая оболочка вестибулярной к зубным протезам десны, гребня беззубого альвеолярного -стоматослизистого валика и твердого неба. У каждого обследуемого определяли дискриминационную чувствительность в 3 группах: в зонах слизистой оболочки протезного ложа справа, в зонах слизистой оболочки протезного ложа слева.

Результаты и обсуждение

В период обострения хронического туберкулёза температура тела повышается до 39°С. Одновременно повышается температура на слизистой оболочке протезного ложа, наиболее выражено в периферических отделах альвеолярного отростка. В среднем отделах альвеолярного отростка. В зависимости от отдела твердого неба она обычно ниже, чем в периферических отделах полости рта. Это, видимо, связано с воздействием испарения за счет воздействия струи вдыхаемого пациентами воздуха. Каждому пациенту свойственна топографическая особенность поверхности температуры протезного ложа, которая в зависимости от зоны колеблется от 34,03 до 35,9°С. Съёмные пластиночные протезы могут изменять топографические закономерности показателя температуры в отдельных зонах в результате постоянного давления и раздражения в разных зонах протезного ложа. После наложения протеза в I-60 и на нижней челюсти температура выше, чем в наименее нагруженных зонах. У больных II группы изменения температурной топографии слизистой оболочки полости рта значительны, чем у больных II группы.

Температурная топография слизистой оболочки передней, средней и задней части полости рта в ранние сроки после наложения пластиночных протезов может значительно нарушиться за счет повышения температуры в отдельных зонах протезного ложа. В других зонах поверхностная температура вовсе не изменяется или даже снижается. По мере адаптации к пластиночным протезам топографические характеристики поверхностной температуры постепенно нормализуются. При этом уменьшается чувство дискомфорта. Однако термометрические показатели слизистой оболочки протезного ложа и после полной адаптации к протезу остаются выше на 0,4-0,8°С из-за отсутствия испарения под базисом. Кроме того, низкая теплопроводность акриловой пластмассы усиливает парниковый эффект на ткани протезного ложа. Термометрические исследования показали, что адаптация к пластиночным протезам протекает благоприятно и менее продолжительна у тех пациентов, у которых в первые дни после наложения пластиночных протезов изменения закономерностей температурной топографии протезного ложа незначительны. Резкое нарушение поверхностной температуры в отдельных зонах протезного ложа может служить показателем более сложной адаптации. Существенный диагностический и прогностический интерес представляют результаты изучения дискриминационной чувствительности слизистой оболочки протезного ложа до и в процессе использования пластиночных протезов. Она наиболее высока на языке, губах, десне и существенно снижается к задней трети твердого неба. У пациентов с высокой дискриминационной чувствительностью адаптация к пластиночным протезам протекает обычно долго, с выраженными явлениями дискомфорта. Напротив, у пациентов с низкой дискриминационной чувствительностью адаптация не сопровождается выраженными клиническими расстройствами и чувством дискомфорта в полости рта. Кроме того, она менее продолжительна, даже по сравнению с таковой у практически здоровых людей. Установлена определенная зависимость процесса адаптации к зубным протезам от формы туберкулёза. У больных с очаговой и инфильтративной формами туберкулёза температура слизистой оболочки протезного ложа нормализуется через 5 нед, так как у них нарушено функциональное состояние соединительной ткани, несомненно, влияющее на тканевую адаптацию к съёмным пластиночным протезам. По-видимому, в результате длительной туберкулезной интоксикации слизистая оболочка становится более ранимой, подверженной воздействию неблагоприятных факторов. У больных с диссеминированной и фиброзно-кавернозной формами туберкулёза легких температура слизистой оболочки про-

за счет повышения температуры в отдельных зонах протезного ложа. В других зонах поверхностная температура вовсе не изменяется или даже снижается.

По мере адаптации к пластиночным протезам топографические характеристики поверхностной температуры постепенно нормализуются. При этом уменьшается чувство дискомфорта. Однако термометрические показатели слизистой оболочки протезного ложа и после полной адаптации к протезу остаются выше на 0,4-0,8°С из-за отсутствия испарения под базисом. Кроме того, низкая теплопроводность акриловой пластмассы усиливает парниковый эффект на ткани протезного ложа. Термометрические исследования показали, что адаптация к пластиночным протезам протекает благоприятно и менее продолжительна у тех пациентов, у которых в первые дни после наложения пластиночных протезов изменения закономерностей температурной топографии протезного ложа незначительны. Резкое нарушение поверхностной температуры в отдельных зонах протезного ложа может служить показателем более сложной адаптации.

Существенный диагностический и прогностический интерес представляют результаты изучения дискриминационной чувствительности слизистой оболочки протезного ложа до и в процессе использования пластиночных протезов.

Она наиболее высока на языке, губах, десне и существенно снижается к задней трети твердого неба. У пациентов с высокой дискриминационной чувствительностью адаптация к пластиночным протезам протекает обычно долго, с выраженными явлениями дискомфорта. Напротив, у пациентов с низкой дискриминационной чувствительностью адаптация не сопровождается выраженными клиническими расстройствами и чувством дискомфорта в полости рта. Кроме того, она менее продолжительна, даже по сравнению с таковой у практически здоровых людей.

Установлена определенная зависимость процесса адаптации к зубным протезам от формы туберкулёза. У больных с очаговой и инфильтративной формами туберкулёза температура слизистой оболочки протезного ложа нормализуется через 5 нед, так как у них нарушено функциональное состояние соединительной ткани, несомненно, влияющее на тканевую адаптацию к съёмным пластиночным протезам. По-видимому, в результате длительной туберкулезной интоксикации слизистая оболочка становится более ранимой, подверженной воздействию неблагоприятных факторов. У больных с диссеминированной и фиброзно-кавернозной формами туберкулёза легких температура слизистой оболочки про-

тезного ложа нормализуется через 7-8 нед, причем наиболее длительное повышение температуры сохраняется при фиброзно-кавернозной форме.

Некоторые больные из-за обострения туберкулезного процесса не могли длительное время (более 5-6 мес) носить съемные пластиночные протезы. В этот период они часто жаловались на ослабление их фиксации и балансировку, появление чувства жжения под протезами и другие явления дискомфорта в полости рта.

В связи с этим сроки замены съемных пластиночных зубных протезов у больных с туберкулезом легких должны быть меньше, чем у здоровых людей, так как процесс дезадаптации ускоряется за счет существенных изменений протезного ложа под действием фоновой патологии. Кроме того, по возможности нужно уменьшать площадь базиса зубного

протеза, передавая основную жевательную нагрузку на опорные зубы. Целесообразно шире использовать шинирующие бюгельные протезы и протезы с библизирующими отростками.

Таким образом, для улучшения условий адаптации к съемным протезам и уменьшения побочных влияния протеза на ткани протезного ложа, а также повышения местной сопротивляемости слизистой оболочки следует проводить физиотерапевтические процедуры и пальцевой массаж слизистой оболочки протезного ложа. В связи с этим нами разработан специальный режим пользования съемными протезами для больных туберкулезом легких, а также система ухода за протезами и тканями протезного ложа, которые позволяют повысить эффективность ортодонтической стоматологической помощи.

Литература

1. Михайлов П.И., Саблина Р.И., Филиппова Т.П. Рефлексотерапевтические аспекты патологии органов ротовой полости у больных туберкулезом легких. Актуальные проблемы стоматологии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Чита, 1998: 58-59.

2. Яблоков Д.Д., Галибина А.И. Туберкулез легких в сочетании с внутренними болезнями. Томск, 1990: 121-123.

3. Яковлев П.В., Яковлева Л.П., Ивасенко П.И., Ильинский В.А. Схема действий стоматологической помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией. Стоматология. Спец. выпуск. М., 1998: 10-12.