

рекомендациях по рациональному питанию не следует забывать о роли пищи как фактора самоочищения полости рта, естественного процесса освобождения от остатков пищи и мягкого зубного налета. При недостатке питательных веществ во время развития ребенка, из-за болезни ребенка, матери во время беременности или лактации, эти вещества могут быть введены в организм с помощью лекарственных препаратов. К мерам эффективной первичной профилактики стоматологических заболеваний относится рациональное питание, как одна из составляющих здорового образа жизни, непосредственно влияющая на здоровье полости рта. Ткани ротовой полости являются органами-мишенями, очень чувствительными к недостатку питательных веществ в организме. Таким образом, дефицит белка у детей в процессе развития зубов приводит к уменьшению их размеров и массы, нарушению структуры эмали, дегенерации соединительной ткани десны и периодонтальной связки, задержке заживления ран и атрофии эпителия языка. Избыточное потребление углеводов, особенно простых, приводит к повышенной восприимчивости зубов к кариесу. Одним из основных дефектов питания современного ребенка является потребление избыточного количества легкоусвояемых углеводов, которые оказывают негативное влияние не только на зубы, но и на организм в целом. Они приводят к быстрому насыщению калориями и препятствуют поступлению в организм незаменимых аминокислот, витаминов, микроэлементов и др.

Вывод: из вышесказанного следует, что рациональное питание способствует формированию резистентных органов и тканей полости рта, снижению кариогенного эффекта перевариваемых углеводов, кроме того, способствует самоочищению полости рта и укреплению жевательного аппарата.

ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Мукимов О.А., Олимов А.Б.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан*

Актуальность темы: Для реконструкции зубочелюстного аппарата в настоящее время все большее значение приобретают технологии с использованием имплантатов. Одним из основных показателей длительного сохранения имплантатов является интенсивность резорбции тканей пародонта. Поэтому обеспечение наиболее благоприятных режимов микроциркуляции в зоне альвеолярных отростков способствует долговременному и полноценному функционированию имплантатов.

Цель работы – изучение эффективности применения фотофореза ангиопротектора троксевазина и жидких фолатов – «Ангиовита» – для лечения и профилактики периимплантита.

Материалы и методы исследования:

1. Клиническое обследование пациентов.

2.Рентгенологические исследования.

3.Ультразвуковой исследования.

4.Статистические методы обработки результатов исследования.

Выводы. Проведено простое проспективное контролируемое исследование 24 пациентов в возрасте 35–45 лет, средний возраст $31,5 \pm 5,5$ года. Из них 12 женщины и 12 мужчины с отсутствием премоляров и моляров нижней челюсти – 15, верхней челюсти – 5 человека. Всем пациентам введены имплантаты системы Megagen. Пациентам 1-й группы (12 чел.) проводили лазерную терапию 2 мин, режим-1 (Лазер-Оптодан) 10 сеансов. Пациентам 2-й группы (12 чел.) – троксевазин – фотофорез, гель наносили на вестибулярную и оральную поверхности альвеолярного отростка. Эффективность лечения оценивалась по степени подвижности имплантата – «Периостеометр», Siemens, Germany, прицельной радиовизиографии и денситометрии, доплеровской флоуметрии (аппарат ЛАКК – 02) до и после имплантации и проведенного лечения через 2 и 4 месяца. Для статистического анализа использованы непараметрические методы.

Результаты исследования. Показатели микроциркуляции во всех группах до лечения не имели отличий и составили на верхней челюсти $17,2 \pm 0,7$ пф.е., на нижней – $16,5 \pm 0,78$ пф.е. ($p = 0,55$). После установки имплантатов и проведения лечения в сроки через 2 и 4 месяца и повторного курса фотофореза установлено, что через 4 месяцев в 1-й группе интенсивность микроциркуляции улучшилась – $16,2$ пф.е. и $15,1 \pm 0,8$ пф.е. (восстановление интенсивности микроциркуляции на 89 %), у двух других наблюдалось полное восстановление параметров микроциркуляции – соответственно $17,1$ пф.е. и $16,1 \pm 0,57$ пф.е. Подвижность имплантатов отсутствовала во всех группах 3 ± 1 и 2 ± 1 балла соответственно. Данные рентгеноденситометрии не выявили достоверных изменений предыдущих показателей. Через 4 месяца параметры микроциркуляции во всех группах приблизились к исходным, а подвижность имплантатов не определялась. По данным рентгеноденситометрии оптическая плотность кости в периимплантатной зоне во всех группах составила 199 ± 27 у.е.н., интенсивность резорбции – $0,1$ мм в год. Использование фотофореза с указанным комплексом препаратов можно рекомендовать для профилактики периимплантита и поддержки долговременного функционирования имплантатов.

Список литературы.

1. Тимофеев О.О. Щелепно-лицевая хирургия / О.О. Тимофеев – Киев: ВСВ «Медицина», 2011. – 752 с.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев – Киев: ООО «Червона Рута-Турс»: издание 5-е (исправленное и дополненное), 2012. – 1048 с.
3. Царев В.Н. Антимикробная профилактика воспалительных осложнений в хирургической стоматологии / В.Н. Царев, Р.В. Ушаков // Российский стоматологический журнал. – 2003. - № 4. – С. 21–25.
4. Ушаков Р.В. Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений в

хирургической стоматологии / Р.В. Ушаков, В.Н. Царев. – Москва: МИА, 2003. – 57 с.

5. Сидоренко С.В., Креницкая Н.С. Применение ципрофлоксацина в ступенчатой антибиотикотерапии / С.В. Сидоренко, Н.С. Креницкая // Антибиотики и химиотерапия. – 2002. – № 7. – С. 25–29.

6. Shah P.M. Sequential or switch treatment-witch criteria should be fulfilled? / P.M. Shah // Int. J. Antimicrob Agents. – 2000. – №16. – P. 301–302. 1. Тимофеев О.О. Щелепно-лицевахирургия / О.О. Тимофеев – Київ: ВСВ «Медицина», 2011. – 752 с.

ДЕНТАЛ ИМПЛАНТОЛОГИЯДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ЗАМОНАВИЙ ОСТЕОПЛАСТИК МАТЕРИАЛЛАР

Рашитхужаев У.Н., Махкамов Б.М., Каюмов И.Н., Ярмухамедов Б.Х.

*Тошкент давлат стоматология институти,
Узбекистан*

Замонавий жарроҳлик стоматологияси ва юз-жағ жарроҳлигида суяк тўқимасини тиклаш мақсадида турли хил материаллар фаол қўлланилади. Остеокондуктив ва остеоиндуктив хусусиятларга эга бўлган ксеноген ва синтетик биоматериалларни ишлаб чиқишда эришилган ютуқлар, бир қатор камчиликларга эга бўлган ауто – ва аллотрансплантация усулларни қўллашникамайтириш имкониятини беради.

Аутосуякни ажратиб олиш жараёни асоратлар билан кечиши мумкин: томирлар ва нерв толаларининг жароҳати, гематомалар ҳосил бўлиши, инфекция-яллиғланиш жараёнининг ривожланиши билан. Бундан ташқари, одатда аутотрансплантатлар, уларнинг интеграцияси ва суяк нуқсонини тикланиши содир бўлишидан аввал резорбцияланади. Суяк аллоимплантантлари эса, аксинча суст остеоинтеграция билан фарқланади, уларни қўллашда донордан реципиентга бактериял ёки вирус этиологияли турли хил касалликларни ўтиши, гистонмуносиблик ва сурункали гранулемотоз яллиғланиш реакциясини ривожланиш хавфи мавжуд.

Ауто–, алло– ва баъзи ксеноматериаллардан фарқли равишда, синтетик материалларни асосий камчилиги бўлиб уларда остеоиндукция хусусиятининг йўқлиги хисобланади. “Остеоиндукция” термини билан баъзи муаллифлар остеопластик материалнинг *de novo* суяк тўқимасини эктопик (суякдан ташқарида) шаклланиш хусусиятини белгилайдилар.

Лекин, айрим муаллифларинг фикрича, суяк ўрнини қопловчи материаллар остеоиндукциясига, суяк тўқимаси регенерациясини стимуллаш хусусиятини киритиш лозим. Бундай биологик фаоллик суяк ўрнини босувчи материал таркибига сульфатирланган гликозаминогликанлар, аминокислоталар, ўсиш омиллари ва морфогенларни киритиш орқали асосланиши мумкин.

Эктопитик остеогенезни чақириш хусусияти суяк морфогенетик оксиллар оиласи вакилларига хос бўлиб, M.R.Urist томонидан илк бор 1965