

Ученый секретарь

Том XXIV, № 1-2, 2018

Volume XXIV,
Number 1-2, 2018



ЦЕНТРАЛЬНО-АЗИАТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ ИМЕНИ М. МИРРАХИМОВА



CENTRAL ASIAN MEDICAL JOURNAL OF M. MIRRAKHIMOV

Материалы международной научно-практической конференции «УСПЕХИ И НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА»

◆ **Оригинальные исследования**

- Высокие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов в лечении синдрома крупа у детей на догоспитальном этапе
- Анализ изучения эффективности вакцинации против пневмококковой инфекции (пневмо-13) у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями
- Стратификация хронической болезни почек у детей с сахарным диабетом 1 типа
- Хроническая крапивница: проблемы диагностики и терапии
- Изменения показателя спонтанной иммуноглобулинсинтезирующей активности В-лимфоцитов при различных видах лечения люпус-нефрита

◆ **Экспериментальная медицина**

◆ **Письма в редакцию**

- Роль кыргызских ученых в изучении проблем аллергологии и клинической иммунологии

◆ **Краткие сообщения**

◆ **Тезисы**

◆ **Обзоры**

- Поражение щитовидной железы при ревматоидном артрите
- Поражение дыхательной системы при ревматоидном артрите

◆ **Лекции**

- GINA - 2017: Изменения и дополнения

◆ **Юбилей**

- К 50-летию профессора Ш.А. СУПАЙМАНОВА



Ученый секретарь ОИИД

Асанбеков Д.Ж.

АСТАНА-2018

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

Ефремов А.В., Шевченко В.П., Телеутаев М.Э.
Узаков О.Ж., Быкова Е.В. Возможности общей
управляемой гипертермии высокого уровня (43-
44°C) в онкологии (патофизиологические фено-
мены и клинические эффекты)
Сушанло Р.Ш. Анализ липидного спектра крови
у экспериментальных животных под влиянием
ацетата свинца и высокогорья

ТЕЗИСЫ

ОБЗОРЫ

Абжамилова Ж.А., Мамасайдов А.Т. Поражение
щитовидной железы при ревматоидном артрите
Пакрыов Ж.К. Профилактика и лечение патоло-
гической стираемости твердых тканей зубов
Салиева Р.Ш., Мамасайдов А.Т. Поражение ды-
хательной системы при ревматоидном артрите
Халмурзаев М.М. Сопутствующие ЛОР
патологии при врожденных расщелинах верхней
губы и неба

ЛЕКЦИИ

Сулайманов Ш.А. GINA - 2017: изменения и до-
полнения

ЮБИЛЕИ

К 50-летию юбилею профессора Шайирбека
Алибаевича Сулайманова

BRIEF COMMUNICATIONS

Efremov A.V., Shevchenko V.P., Teleutaev M.E.,
Uzakov O.J., Bykova E.V. Possibilities of general
controlled hyperthermia of high level (43-44°C) in
oncology (pathophysiological phenomenons and
clinical effects)
Sushanlo R.Sh. Analysis of lipid profile in experi-
mental animals under the influence of lead acetate
and high altitude

ABSTRACTS

REVIEWS

Abjamilova J.A., Mamasaidov A.T. Thyroid gland
involvement in rheumatoid arthritis
Pakirov Zh.K. Prevention and treatment of abnor-
mal abrasion of hard tissue of teeth
Salieva R.Sh., Mamasaidov A.T. Respiratory system
involvement in rheumatoid arthritis
Khalmurzaev M.M. Related ENT pathology in
congenital cleft of upper lip and palate

LECTURES

Sulaimanov Sh.A. GINA - 2017: changes and addi-
tions

JUBILEE

To 50th anniversary of professor Shayirbek A.
Sulaimanov



Исходная версия:
Исходный секретарь ОИИИ
Асанбекова Д.Ж.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТИРАЕМОСТИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ

Пақыров Ж.К.

Кафедра хирургической стоматологии с курсом детского возраста, Ошский Государственный университет

Prevention and treatment of abnormal abrasion of hard tissue of teeth

Pakurov Zh.K.

В данном обзоре литературы отражена профилактика и лечение патологической стираемости твердых зубов.

Ключевые слова: профилактика, лечение, патологическая стираемость твердых тканей зубов

This review of the literature reflects the prevention and treatment of abnormal abrasion of hard tissue of teeth.

Key words: prevention, treatment, abnormal abrasion of hard tissue of teeth

Предложены различные методы диагностики и лечения патологии твердых тканей зубов, в том числе патологической стираемости [15, 19, 25, 28, 12, 20, 2, 14]. Известно, что различают патологические и физиологические фазетки стирания зубов [58]. Считают, что физиологическая, а так же минимальная патологическая стираемость, не осложненная бруксизмом, лечения не требует. Для выбора эффективного лечения следует выявить наиболее важный этиологический фактор. Многие пациенты не нуждаются в реставрационных мероприятиях, если только прогресс заболевания незначителен [45]. При патологической стираемости средней степени и наличии прогрессирующего снижения высоты прикуса проводят лечение. Для успешного проведения лечения физиологической стираемости необходима ранняя диагностика, предупреждение этиологических факторов, а при далеко зашедших стадиях, терапевтическое и ортопедическое лечение [53].

В клинике, при патологии зубов, сопровождающейся обнажением дентина (патологическое стирание, эрозия, клиновидный дефект), следует рекомендовать гигиенические средства с компонентами, обладающими наименьшей абразивной способностью по дентину [34, 40]. Отмечено, что при применении аппликаций 3% раствором ремодента и последующая обработка зубов реминерализующим цианакрилатным лаком или использовании фторсодержащих зубных паст [8] обеспечивает наиболее высокое насыщение эмали кальцием. Таким образом, что метод визуального наблюдения не может дать точной картины степени износа материала [49].

Устранение гиперестезии твердых тканей зуба возможно не только за счет obturации канальцев дентина благодаря реминерализации, но и путем снижения чувствительности рецепторов пульпы при использовании таких препаратов как хлористый стронций, нитрат серебра, хлористый цинк, кортикальные оксиды, прополис и т. д. В случае неэффективности указанных способов медикаментозного лечения применяют праймеры бондинговых систем, нормализующие проницаемость дентинных трубочек за счет осаждения протеинов.

Экспериментально установлено, что стираемость интактных зубов прямо пропорциональна времени

виброобработки и не зависит от функциональной группы зубов. Вместе с тем потеря веса зубов патологической стираемостью у резцов, клыков, моляров в 2 раза больше, чем у соответствующих групп интактных зубов [18]. Полученные данные показывают, что при одинаковых условиях эксперимента износ коронковой части твердых тканей с наличием патологической стираемости высокий, чем в интактных зубах, и не зависит от функциональной структуры твердых тканей зубов, а от патологической стертостью. Отмечено, что через 1,3,6 мес. после нанесения герметика «Фолакс» в фиссуры зубов обмена минеральных компонентов эмали-кальция и фосфора находится в норме, темпимерное покрытие не оказывает отрицательного влияния на физиологические процессы в эмали зубов.

Выбор конструктивных материалов с учетом их стираемости имеет важное клиническое значение. На абразивное стирание акриловых протезов во время чистки зубов щеткой и пастой влияют такие факторы как прием пищи, привычки жевания и изменение силы давления. Экспериментально установлено, что наибольшей износостойкостью обладает изозит [51]. Данные по механическому износу композиционных пломбировочных материалов в полном правом можно перенести в клиническую практику [57]. Считается целесообразным наносить пломбы с несколько увеличенным размером быток материала удалять с помощью метода прифровки, что обеспечивает более износостойкую поверхность [62]. Успешно используются композитные материалы для локализованной формы патологической стираемости передних зубов [13]. В настоящее время микронаполненные композиты не могут рекомендованы для лечения полостей I и II [55].

Как указывает [29], реставрация зубов композитными материалами осуществляется в следующей последовательности:

1. Оценка тканей пародонта и гигиеническая подготовка полости рта, характеристика и стирания зубов.
2. Анестезия и гигиеническая очистка полости зуба.

Асанбекова Д.К. Ж.

3. Подбор цвета зуба и прозрачности эмали.
4. Оперативная техника подготовки твердых тканей зубов.
5. Обеспечение сухости операционного поля.
6. Наложение лечебных и изолирующих прокладок.
7. Кондиционирование твердых тканей зубов (эмали и дентина).
8. Внесение в кариозную полость или на поверхность зуба композиционного материала светового отверждения и его полимеризация.
9. Окончательная обработка (моделировка, шлифовка и полировка) пломб и реставрации.
10. Устранение дефектов пломб и реставрации и профилактика вторичного кариеса.
11. Данные дальнейших наблюдений за состоянием зубов пациента.

Определено, что истиранию подвержены, как твердые ткани зубов, так и зубные протезы [60]. Показано, что в определенных случаях нормальная чистка зубов щеткой с использованием обычной зубной пасты может вызвать истирание коррекционной фарфоровой краски [43].

С целью ортопедического лечения больных с патологической стертойстью предложены разнообразные конструкции съемных и несъемных зубных протезов. Протезирование дефектов зубных рядов, осложненных патологической стираемостью зубов позволяет не только восполнить дефекты зубных рядов, но и оказывает предохраняющее действие, защищая эмаль зубов от повреждений и нормализуя высоту прикуса [48]. Как известно синдром Капдепона-Стентона сопровождается стиранием коронок всех зубов, сопровождающихся значительным снижением высоты нижней трети лица. В качестве средств ортопедического лечения при патологической стираемости предложены несъемные зубные протезы, литые вкладки, культевые штифтовые вкладки, керамические вкладки, перекрывающиеся протезы [16, 3, 2, 33, 54].

Для восстановления стертой поверхности жевательных зубов, а также для профилактики их дальнейшего стирания эффективно применение металлических вкладок, с парагумлярными цементируемыми штифтами [3] и культевых штифтовых вкладок [2]. У больных имеющих стертость рельефа жевательной поверхности для обеспечения многоточечного контакта зубов в ряде случаев показано изготовление вкладок и коронок [59]. pH стираемости всей коронки зуба рекомендуют депульпировать, готовить культевые штифтовые вкладки и на них пластмассовые коронки [10, 17, 44]. При генерализованной стертости авторы рекомендуют на жевательной поверхности боковых зубов формировать полости для вкладок.

Применение зубных протезов, с индивидуально сформированными окклюзионными поверхностями, дают лучшие клинические результаты, обеспечивая изготовления протезов в полном соответствии с индивидуальными особенностями [16]. После предварительного поднятия прикуса на жевательных зубах возможно использования композитного материала

“Эвикрол” для изготовления коронок на фронтальные зубы [30]. При локализованной вертикальной стираемости, при глубоком блокирующем прикусе, обширных концевых дефектах, бруксизме, отсутствии достаточного места противоположано протезирование фарфоровыми коронками [35, 36].

Повышенная стираемость твердых тканей зубов является распространенным и тяжелым заболеванием, вызывающим сложную перестройку зубочелюстной системы. В этой связи планирование лечения больных с генерализованной некомпенсированной повышенной стираемостью рекомендуется путем: восстановления анатомической формы и величины зубов; реконструкции окклюзионной поверхности зубов; восстановления межальвеолярной высоты и величины нижней части лица; нормализации положения челюсти [10, 61]. Ортопедическое лечение при повышенной стираемости зубов с использованием металлических коронок и мостовидных протезов с покрытием окклюзионной поверхности пластмассой, предохраняет зубы от дальнейшего разрушения, позволяет восстановить высоту прикуса, нарушение функции жевания и речи, а также внешний вид лица больного [15, 17].

При стертости небных поверхностей верхних передних зубов ряд авторов рекомендуют использовать металлические полукоронки, фиксируемые на адгезивный цемент [56, 50] речь идет о выборе конструктивных материалов для ортопедического лечения патологической стираемости можно учитывать изнашивание стоматологических материалов, которое зависит от давления и сочетание материала – Среда. Отмечено, что починку бюгельных протезов в 16% случаев делают по причине стирания [52]. Исходя из этого в целях уменьшения износа материалов зубных протезов во время функции жевания следует предусматривать конструкции протезов, снижающее давление: малой протяженности мостовидные протезы, достаточное количество опорных зубов, уравнивание встречных мостовидных блоков, окклюзионные множественные контакты, конструирование зубов специальной формой с увеличенной площадью.

Экспериментальным путем доказана целесообразность профилактического использования дентиновых бондинговых агентов «Seal and Protect» («Dentsply», UK) и «Optibond Solo» («Kerr», UK) при эрозивно-абразивном поражении зубов. Авторы показывают, что стирание материалов в эксперименте одинаковое как в нейтральной, так и в кислой среде [46, 47]. Немаловажную роль в профилактике и лечении прогрессирующей потери эмали и дентина играет рациональная гигиена полости рта. Прежде всего чрезмерное стирание поверхностей зубов требует уменьшения абразивности гигиенических средств, в частности применения зубных щеток типа «Sensitive», а также средне- или низкоабразивных зубных паст. К тому же при наличии эрозивного поражения необходимо учитывать pH последних [6].

Кроме того, зубная паста при чрезмерном стирании зубов должна выполнять лечебное действие, которое обеспечивается за счет введения в ее состав

хлорида стронция («Sensodine Tooth Paste For Sensitive Teeth»), гидроксилapatита («Sensitive ORAL B»), нитрата калия («Denquel Sensitive Teeth Toothpaste», «Sensodine F»), двух основных цитрата натрия («Protect»), формальдегида («Emorform») и фторидов. При парафункции жевательных мышц в качестве превентивной терапии рекомендовано применение профилактических капп, так называемых «night guard» [24, 32, 38].

Но главным мероприятием предотвращения дальнейшего истирания зубов считают восстановление зубных рядов с правильным выбором технологии реставрации и материала, что обеспечивает не только функциональность, но и эстетику. Трудности лечения пациентов с чрезмерной стертостью зубов определяются не только видом и степенью стираемости, но и деформациями зубных рядов, изменением характера прикуса и его особенностями, изменением рефлекторных связей в жевательном аппарате, структурой и особенностями альвеолярных отростков [1, 5, 7, 9, 39].

Декомпенсированная форма чрезмерной стираемости твердых тканей зубов характеризуется прогрессирующим стиранием, увеличением межальвеолярного пространства, уменьшением межальвеолярного расстояния и размеров нижней части лица. Общие принципы лечения заключаются в образовании многочисленного равномерного контакта на всех зубах верхней и нижней челюстей, выравнивании окклюзионной поверхности, восстановлении вертикальной высоты прикуса и положения нижней челюсти в сагиттальном и трансверзальном направлениях для нормализации функции сустава, следствием чего является создание гармоничной динамической окклюзии. Реконструктивное лечение заболевания заключается в создании новой окклюзии, приближенной к первичной потерянной [11, 26, 41].

На начальных стадиях болезни рекомендуется профилактическое ортопедическое лечение, не предусматривающее изменения высоты прикуса. Если потеря межальвеолярного расстояния составляет 4-10 мм, используют ортодонтически-протетический метод, который охватывает первоочередное изготовление аппарата для нормализации высоты прикуса, а затем ортопедическое лечение и конструкции зубных протезов зависит от жизнеспособности пульпы, топографии, формы и величины дефекта зуба, вида прикуса, особенностей окклюзионных взаимоотношений зубных рядов, направления жевательной нагрузки, возраста больного [1, 22]. Использование керамических реставраций позволяет избежать эффекта супра- и инфрапозиции зубов благодаря высоким физико-механическим свойствам материала [31, 42].

Трудности восстановления стертых жевательных зубов связаны с повышенной функциональной нагрузкой, что определяет выбор метода лечения. Особенно сложно реконструировать зубные ряды вследствие чрезмерного стирания зубов на фоне парафункции жевательных мышц. В исследованиях [23] указывается на возможность восстановления ок-

клюзионных поверхностей зубов композитными материалами даже при бруксизме, но в сочетании с защитными капами на ночь. В некоторых случаях, в частности при не достатке места между зубами-антагонистами и невозможности эстетичной облицовки, врач предлагает изготовление покровных протезов с дублирующим зубным рядом [4].

Лечить чрезмерное стирание зубов, сопровождающееся дисфункцией ВНЧС и снижением высоты прикуса до 6 мм, рекомендуют одновременно при помощи металлокерамических коронок и мостовидных протезов с последующей динамической электростимуляцией жевательных мышц и ВНЧС [27, 37]. В любом случае электромиографический контроль на этапах лечения патологии способен подтвердить правильность выбранной тактики. Изучение состояния пародонта, жевательной мускулатуры и ВНЧС позволило рекомендовать для предотвращения таких осложнений перестройку миоэлектрических рефлексов при помощи капп [32].

Таким образом, приняв во внимание известные подходы к профилактике и лечению чрезмерной стираемости зубов, мы определили соответствующую проблему, которые подлежали решению в нашей работе:

- 1) составление показаний и объема лечебно-профилактических мероприятий у больных с чрезмерной стираемостью;
- 2) оптимизация консервативного лечения и профилактики на стадии предболезни;
- 3) улучшение распределения жевательной нагрузки между зубами при помощи межзубных капп;
- 4) создание концептуальной схемы этиологических факторов, приводящих к развитию чрезмерной стираемости на разных этапах развития нозологии с целью выбора адекватных методов профилактики и лечения.

□ ЛИТЕРАТУРА

1. Арипова О. С. Комплексная реабилитация пациентов при уменьшении межальвеолярной высоты / О. С. Арипова // Медицина в Кузбассе. 2009. - № 2 (Спецвып.). - С. 11-12
2. Арутюнов С. Д. Принципы конструкции культевых штифтовых вкладок при патологической стираемости зубов. // Стоматология. 1997, С. 51-55.
3. Балабановский Р. Б. Восстановление стертых вкладками патологически стертых жевательных зубов на основе оценки их функционального напряженного состояния. Дисс. канд. мед. наук. 1989.
4. Баля Г. М. Ортопедична реабілітація ригідно генералізованою формою патологічного стирання твердих тканин зубів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. «Стоматологія» / Г. М. Баля. - Полтава, 2006.
5. Бартенев В. С. Исследование жевательных нагрузок на твердые ткани: автореф. дис. на соискание учен. степени канд.

- Зук: спец. 14.00.21 «Стоматология» / В. С. Барте-
шев. - М., 2007. - 26с
6. Белоклицкая Г. Ф. Зубные пасты серии «Сенсодин» на этапах лечения и реабилитации больных с гиперестезией твердых тканей зубов / Г. Ф. Белоклицкая // Современная стоматология. - 2004. - № 4. - С. 26-28
 7. Біда В. І. Патологічне стирання твердих тканин зубів та основні принципи його лікування / В. І. Біда. - К.: ВАТ Вид-во «Київська правда», 2002. - 93 с.
 8. Боровский Е.В., Рузуддинов С., Максимовская Л.Н., Ремизов С.М., Смирнова Т.А. Содержание кальция, фосфора в зубах, крови, слюне и микротвердость эмали, дентина у рабочих фосфорного производства. // Стоматология, 1987, №3, с. 7-9.
 9. Брокер Д. Бруксизм / Д. Брокер, Ж. Далик, К. Кнеллисен. - Издательский дом «Азбу-ка». - М., СПб., К., Алматы, Вильнюс, 2009. - 89 с.
 10. Буланов В.И., Шульков В.М., Щербаков А.С. Реабилитация больных с генерализованной некомпенсированной повышенной стираемостью зубов. // Книга "Актуальные вопросы реабилитации в стоматологии". Труды ЦНИИС. Том 16. М. 1986, С. 157-160.
 11. Гайворонский И. В. Характеристика стираемости зубов и особенности их реставрации у взрослого человека / И. В. Гайворонский, М. А. Дубова, А. А. Пономарев // Медицина XXI век. - 2006. - № 4 (5). - С. 52
 12. Гаража Н. Н., Шацкая Н. В. Организация первичной профилактики по предупреждению поражений твердых тканей зубов у лиц, имеющих производственный контакт с солями кадмия // Стоматология (специвыпуск), 1993, С.17-18.
 13. Гумецкий Р.А. Применение композиционных материалов для ортопедического лечения больных с вертикальной формой патологической стираемости. // Стоматология, №3, 1989, С.51-52.
 14. Давыдов Б.Н., Клоева Л.П., Беляев В.В., Чернигин В.Л. Региональные особенности реализации программы профилактики и лечения стоматологических заболеваний у детей. // Стоматология (специвыпуск), 1998, С.75-75.
 15. Демнер Л.М., Елизарова Л.А. Эффективность ортопедического лечения патологической стираемости зубов. // Стоматология, 1980, №3, С.48-51.
 16. Дойников А.И., Гумецкий Р.А., Заводка А.Е., Тищенко В.И., Залиский Б.Н. Формирование окклюзионной поверхности зубов в несъемных протезах при лечении больных генерализованной формой повышенной стираемости зубов. // Стоматология, 1987, №3, С.58-60.
 17. Елизарова Л.А., Валеев М.Б., Агапова Т.А. Восстановление высоты прикуса, функции и эстетичности при патологической стираемости зубов. // В кн.: "Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии". Том I. 1987, С.151-152.
 18. Замурейко А.И. Изменение содержания сероукоида смешанной слюны у больных с патологической стираемостью зубов. Материалы VII съезда стоматологов УССР, Киев, 1989, С.219-219
 19. Каламкарров Х.А., Бушан М.Г. Непосредственные и отдаленные результаты ортопедического лечения патологической стираемости зубов. // Стоматология, 1983, №3, С.62-66.
 20. Каламкарров Х.А., Шарагин Н.В., Арутюнов С.Д., Саакян Ш.Х., Каламкарров С.Х., Князева М.Б. Особенности конструирования и применения металлокерамических протезов при патологической стираемости твердых тканей зубов. // Стоматология, №4, 1996, С.43-47.
 21. Козел О. А. Повышенное стирание твердых тканей зубов / О. А. Козел, О. А. Круглик // Современная стоматология. - 2008. - № 2. - С. 21
 22. Кравченко Д. В. Диагностика и малоинвазивные методы лечения пациентов с функциональными нарушениями височно-нижнечелюстного сустава: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.1 «Стоматология» / Д. В. Кравченко. - М., 2007. - 18 с
 23. Круглик О. А. Влияние морфологических особенностей зубов с повышенным стиранием на формирование гибридного слоя / О. А. Круглик // Медицинский журнал: научно-практический рецензируемый журнал. - 2008. - № 2. - С. 40-43
 24. Лебеденко П. Ю. Диагностика, планирование и лечение пациента с нарушением окклюзии зубных рядов с синдромом дисфункции ВНЧС / П. Ю. Лебеденко, М. М. Антонюк, Ю. А. Калинин // Современная ортопедическая стоматология. - 2007. - № 7. - С. 6-11
 25. Леонтьев В.К., Чекмезова И.В., Шевырьногов В.З. Влияние реминерализующей терапии на процессы минерализации и проницаемости эмали. // Стоматология, 1983, Т. 62, №5, С.7-10.
 26. Малюченко М. М. Клініко-експериментальне обґрунтування протезування осіб старших вікових груп із патологічною стертістю зубів металокерамічними конструкціями незнімних протезів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец.14.01.22 «Стоматологія» / М. М. Малюченко. - Полтава, 2001. -18 с
 27. Мірза О. І. Діагностика і лікування больового синдрому дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец.14.01.22 «Стоматологія» / О. І. Мірза. - Полтава, 2002. - 36 с
 28. Назаров Г.И., Спиридонов Л.Г. Лечение патологической стираемости зубов. // Здоровоохранение Белоруссии, 1986, №10, С.54-56.
 29. Николишин А.К. Восстановление (реставрация) и plombирование зубов современными материалами и технологиями А.К. Николишин Полтава.-2001.-87с.
 30. Олейник Е.Е., Пушкарь Э.И., Рыжков С.М., Леценко Н.Ф. Восстановление анатомической формы фронтальных зубов при патологической сти-

раемости // В кн.: "Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии". Том I. 1987, С.165-166.

31. Онищенко В. С. Возмещение дефектов зубных рядов цельнолитыми конструкциями зубных протезов. Часть 4 / Онищенко В. С., Беда В. И., Тодорович М. // Современная стоматология. - 2000. - № 4(12). - С. 46-49

32. Орипова А. С. Особенности пациентов на применение зубодесневых капт при восстановлении межальвеолярной высоты: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.21 «Стоматология» / О. С. Орипова. - Новосибирск, 2009. - 19 с

33. Петросян Д.Е., Арутюнов С.Д., Колобухин И.П., Пакалис Г.Ю. Применение керамических вкладок при восстановлении окклюзионной поверхности зубов. // Стоматология, Т.76, 2005.- №5.- С.49-51.

34. Ремизов С.М., Пружанский Л.Ю. Зависимость истирания дентина зубов человека от их микротвердости. // Стоматология, 1989, №2, С.6-7

35. Садыков С.Б., Арстанбеков М.А. Клиника и ортопедическое лечение патологической стираемости зубов в условиях свинцовой интоксикации. // Здравоохранение Кыргызстана. 1991, №6, С.23-26.

36. Садыков С.Б., Дүйшомалиев К.Д. Клиника и ортопедическое лечение больных с патологической стираемостью зубов с применением фарфоровых коронок. // Ж. Здравоохранение Киргизии, 1984, №2, С.52-54.

37. Семкин В. А. Диагностика дисфункции височно-нижнечелюстных суставов, обусловленной патологией окклюзии, и лечение таких больных / В. А. Семкин, Н. А. Рабухина, Д. В. Кравченко // Стоматология: научно-практический рецензируемый журнал. -2007. - Т. 86, № 1. - С. 44-49

38. Стоян О. Ю. Консервативні методи лікування в комплексній терапії дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба: автореф. дис. на зобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / О. Ю. Стоян. - Полтава, 2000. - 17с.

39. Телишевська У. Д. Диференційна діагностика скронево-нижньощелепних розладів за клінічними та рентгенологічними ознаками: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / У. Д. Телишевська. - Львів, 2010. - 19 с

40. Улитковский С.Б. Абразивные свойства зубных паст и их роль в гигиене полости рта. - 2008. - №2. - С.21.

41. Фастовець О. О. Реконструктивне лікування патологічного стирання зубів на початкових стадіях / О. О. Фастовець // Український стоматологічний альманах. - 2007. - № 5. - С. 50-54

42. Харпер Р. Клинические показания для изменения межальвеолярного расстояния: Функциональные и биологические аспекты реконструкции

окклюзии / Р. Харпер // Квинтэссенция: международный стоматологический журнал. - 2006. - № 1. - С. 35-40

43. Aker, D., Aker J., Sorensen S. Toothbrush abrasion of color corrective porcelain stains applied to porcelain - fused to - metal restorations. // "J. prosthetic. Dent.", 1980, 44 №2, 161-163.

44. Aquilino S.A., Jordan R.D., Turner K.A., Leary J.M. Multiple cast post and cores for severely worn anterior teeth. // J. prosthetic. Dent., 1986, 55, №4, 430-433.

45. Carlsson G.E., Johansson A., Lundqvist S. Occlusal wear. A follow up study of 18 subjects with extensively worn dentitions. Acta odontol. Scand., 1985, 43, №2, 83-90.

46. Chemical/Molecular Structure of the Dentin-Enamel Junction is Dependent on the Intra-tooth Location / [C. Xu, X. Yao, M. P. Walker, Y. Wang] // Calcif Tissue Int. - 2009. - Vol. 84, № 3. - P. 221-228.

47. Cross K. J. Protein dynamics of bovine dentin phosphophoryn / Cross K. J., Hug N. L., Reyn-olds E. C. // J. Pept. Res. - 2005. - Vol. 66. - P. 59-67

48. Demner L.M., Jelizarova L.A. Zvlasnosti pri zhotovovaní náhrad u defektov zubných obkukov komplikovaných patologickou abrasiou zubor. // "Cs. Stomat.", 1979, 79, №4, 243-250.

49. Goldberg A. J., Rydinge E., Santucci E.A., Racr W.B. Clinical valuation methods for posterior composite restorations. // "J. Dent. Rec", 1984, 63, №12, 1387-1394.

50. Heather Beckett, Glen Buxey-Sofitley, Graham Gilmour, Nick Smith. Профессиональная стираемость зубов у зубных техников в результате действия фарфорового порошка. Квинтэссенция, №3, 1995, С.61-64.

51. Hengchang X., Soretark R., Wiktorsson G., Tong W., Wengy L. Abrasion of acrylic veneers by simulated tooth brushing. // Acta odontol. Scand., 1984, 42, №6, 366-370.

52. Hoffmann D. Reparaturart und Hinfigkeit bei partiellen Prothesen. // Zahntechnik., 1983. 13d. 24. №2. S. 47-49.

53. Johnson G.K., Sivers J.E. Attrition, abrasion and erosion: Diagnosis and therapy. // "Clin. preken. Dent.", 1987, 9 №5 12-16.

54. Licht W.S., Leveton E.E. Overdentures for treatment of severe attrition. // "J. prosth. Dent.", 1980, 43 №5, 497-500.

55. Meier Ch., Lutz F. Vergleichende Verschleifstigmessungeo in vivo zwischen Amalgam and Komposit. // Dtsch. zahnarzt. Z.", 1980, 35, №4, 489-492.

56. Nico H.J. Greugers, Arid F. Kayser. Использование адгезивных частичных металлических коронок для восстановления дефектов, вызванных истиранием тканей зубов. "Квинтэссенция", №3, С. 15-18.

57. Powers J.M., Ryan M.D., Hosking D.J., Goldberg A.J. Comparison of in vitro and in vivo wear of composites. // "J. Dent. Res.", 1983, 62, №10, 1089-1091.

58. Richter H. Gnathologie: Functions diagnost.-Therapies-Psychotherapie. // "Dent. Lab.", 1983, 3, №2, 153-156.

59. Sperr W. Stomatognathe Ursachen von Kiefergelenksberchwarden. // "Prakt. Arzt.", 1979, 33, №404, 1836-1845.

60. Thibault J., Rouot J. Lateralite en prothese totale. // "Rev Odonto-Stomat., Fr.", 1980, 37, №2, 117-120.

61. Turner R.A., et all. Restoration of the extremely worp dentition // J. Prosthet. Dent. 1984/ - v. 52, № 4 - P. 467-474.

62. Tappe A., Eichhorn T. Zur Abrasionsfestigkeit zahmartzlicher Materialien. // "Stomatol. DDR", 1980, 30, №4, 250-256.



Асанбекова:

секретарь ОшГУ

Асанбекова Д.Ж.Ж.