

*Ученый секретарь
А. И. 29.589
А. И. И.*



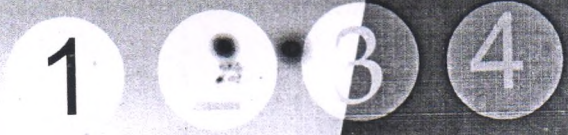
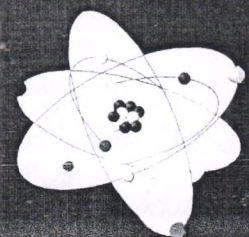
ОШ МАМЛЕКЕТТИК УНИВЕРСИТЕТИНИН ЖАРЧЫСЫ

ВЕСТНИК ОШСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

*Катия Бектурсул
Ученый секретарь*



2018



20.	<i>Колдошев М.К., Абдашимова С.А., Осмоналиева А.А. Инсанга багыттан окутуу теорияларынын бири бихевиоризм жөнүндө.</i>	92
21.	<i>Кулубекова А.О., Кутманбекова Ч.К. Англис тили сабактарында көйгөйлүү жагдайды түзүү.</i>	96
22.	<i>Курбанабаев К.А. Азыркы искусстводогу баалуулук – көркөмдүк багыттар.</i>	100
23.	<i>Курбанабаев К.А. Массалык искусствонун коомдук жашоодогу орду.</i>	104
24.	<i>Курбаналиев А.Ы., Абдимуталипова З.К., Полот кызы Г. Имплементация пристеночных функций в пакете OpenFOAM.</i>	109
25.	<i>Маданова К.Ж. "Манас" эпосундагы фетиштик ишенимдердин архаикалык эпикалык мотив катары берилиши.</i>	113
26.	<i>Маматжанова З.М. Журналисттик кесипкөйлүк.</i>	116
27.	<i>Маматова М. Элдик музыка - элдин жүзү.</i>	120
28.	<i>Марипжан кызы Г. Рефлексия концепта «радость» в общественном сознании молодежи.</i>	122
29.	<i>Молдобаяров У.Д., Ажибекова А.Т., Маматова В.Т. Компьютердин перифериялык түзүлүшүнүн окутууда AdobeFlash платформасында интерактивдүү окуу модулдарын иштеп чыгуу.</i>	126
30.	<i>Муратова Э.К., Ташиматова Г.Т. Лексические ошибки при употреблении глаголов речи.</i>	130
31.	<i>Мусаева Т. Лингвокультурологические аспекты межкультурной коммуникации.</i>	133
32.	<i>Нурдинова К.Х., Уринбаева Х. О перспективах современной демократизации.</i>	137
33.	<i>Осмоналиева А.А., Абдашимова С.А. Адеп жана акыл-эс тарбияларын жүргүзүү ("Алиппе" окуу китебинин мисалында).</i>	141
34.	<i>Пазилова Т.Ж. Анализ некоторых фразеологических единиц в произведении Ч.Айтматова на материале кыргызского, русского и английского языков.</i>	143
35.	<i>Пакиров Ж.К. Стираемость твердых тканей зубов. эпидемиология, клиника.</i>	147
36.	<i>Рахимова Х., Суркеева Д. О характеристике междометий по способу образования и происхождению в кыргызском и английском языках.</i>	157
37.	<i>Салиева Р.Ш., Мамасаидов А. Т. Патология легких при ревматоидном артрите (обзор литературы).</i>	160
38.	<i>Сарыева Ы.Т., Жумагулова Б.Т., Токтомамат кызы К. Органикалык химия предметинде «Спирттер» темасын өтүүдө интерактивдүү окутууну колдонуу методикасы.</i>	166
39.	<i>Сатаркулова А.М., Шаназаров А.С. Вариабельность сердечного ритма и типологические особенности вегетативной регуляции у иностранных студентов при ортостатической пробе.</i>	171
40.	<i>Смадиярова З.А., Маматова М. Эстетикалык тарбия берүүдө музыка жана</i>	177

Котля вфна:

5

Ненный секретарь ОшДУ

Асанбекова Д.Ж. Д.Ю.

11. Мындай жорго такымына тийгенде кыргыз баласынын төбөсү көккө жетип, колтугуна канат бүтөрү ырас.

Великая честь для киргиза, когда под ним бежит такой знаменитый иноходец.

It was a great honor for a kirghiz to ride such a pacer [p 150].

"Төбөсү көккө жетүү" - чексиз кубануу. Английский фразеологизм "be in the seventh heaven" - быть на седьмом небе, быть счастливым. Таким образом, рассмотренный материал показал, что имеются различные способы перевода ф.е. с одного языка на другой, их использование зависит от наличия или отсутствия фразеологических соответствий исходного языка в языке перевода.

12. Бул үнү Гулсарынын жылдызы көкөлөп жанды [С. 64].

И снова героем дня был Гулсары [С. 49].

Once again Gyulsary was the hero of the day [P. 154].

Литература:

1. Баранов А.Ю., Добровольский Д.А. «Основы фразеологии (краткий курс)» [cit. 01.04.2015].
2. Влахов С.И., Флорин С.П. «Непереводимое в переводе. 5-е изд.» Издательство, Р. Валент (2012).
3. Виноградов В. В. «Об основных типах фразеологических единиц в русском языке». Издательство: Наука, - 1986, - С. 243.
4. ПАТАЕВА Т. Г. «Семантические типы фразеологизмов в бурятском и английском языках» ВЕСТНИК.
5. Ушаков Д.Н. «Толковый словарь русского языка» [online] [cit. 01.04.2015] Доступен: <http://ushakovdictionary.ru/>
6. Шанский Н. М. «Лексика и фразеология русского языка: Пособие для студентов-заочников факультетов русского языка и литературы педагогических институтов». Издательство: Учпедгиз. (1957).

УДК:616-036.838

СТИРАЕМОСТЬ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛИНИКА

Пақыров Женишбек Каракозиевич, старший преподаватель.

Ошский государственный университет

jpakyro65@box.ru

ТИШТЕРДИН КАТУУ ТКАНДАРЫНЫН ЖЕШИЛИШИ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ, КЛИНИКАСЫ

Пақыров Женишбек Каракозиевич, улук окутуучу.

Ош мамлекеттик университети

jpakyro65@box.ru

ERASABILITY OF HARD TOOTH TISSUES, EPIDEMIOLOGY, CLINIC

Pakirov Jenishbek Karakozuevich, senior lecturer.

Osh State University

jpakyro65@box.ru

Аннотация: В данном обзоре литературы отражена этиология и эпидемиологический стираемости твердых тканей зубов.

Аннотация: Берилген адабияттык талкууда тиштердин этиологиялык жешилишинин себептери жана таркалышы чагылдырылган.

Abstract: This review of literature reflects the etiology and prevalence of hard tissues teeth.



Ключевые слова: *этиология, клиника, патогенез патологической стираемости твердых тканей зубов.*

Түүндүүгү создөр: *себептери, клиникасы, тиштердин катуу ткандарынын патология, жешилшинин патогенези.*

Key words: *etiology, clinic, pathogenesis, pathological erasability of hard tissues teeth.*

1.1.1 Микротвердость эмали и дентина.

Патология твердых тканей зубов является одной из распространенных стоматологии. Одна из основных проблем стоматологии – стираемость зубов. Стоматологии патология твердых тканей зубов является одной из самых распространенных. Данной проблеме уделяют немало внимания [6,15,16,17, 18, 19, 20, 21] и другие исследователи вложили огромный труд в эту сферу стоматологии.

Эмаль является самой твердой тканью в организме человека. Под эмалью зуба располагается мягкий дентин, в нижней половине корня дентин более твердый. Стираемость эмали зуба в некоторых участках является следствием механических воздействий, что ухудшается с возрастом. В этом случае на верхнем слое окажется дентин. Микротвердость здоровой эмали достигает 400кг/мм², дентин в этом уступает в 6-7 раз меньше и составляет около 60 кг/мм². Повышение устойчивости корневого дентина можно объяснить возникновением компенсаторной защитной реакции дентина на внешние раздражения.

Причиной нарушения минерализации и реминерализации эмали по всей вероятности является нарушение биосинтеза, секреции и укладки этих белков [28]. В эмали временных и постоянных зубов отмечается высокая концентрация элементов: Са, А1, также определяется, Ва, А1, Вг, Мо, V. От окружающих факторов (вода, пища) зависит содержание других элементов в твердых тканях зуба. Доказано, что эмаль и дентин у человека имеют разные характеристики в структурном строении в различных отделах каждого зуба, соответственно имеет отличие по сопротивляемости к воздействию кислот. Так, исследованиями [21] установлена функциональная неоднородность структуры эмали зубов содержание Са и Р неодинаково [7]. Содержание Са и Р определяется в поверхностных слоях эмали [2,3] важным для развития и возникновения патологии твердых тканей является минерализация. Обнаружение множественных неколлагеновых белков эмали и их изменений при ее созревании позволяет по-новому рассматривать механизмы нуклеации гидроксиапатита в этой ткани.

При экспериментах доказано, к деминерализации эмали приводят при полоскании полости рта 10% раствором сахарозы, а те же полоскания с добавлением 0,162 моль/л различных солей калия, кальция, натрия и стронция полностью ингибируют деминерализацию эмали [38].

Свойства твердых тканей зуба определяет содержание минеральных компонентов. Фтор и кальций являются важными компонентами в эмали зуба. Доказано, что внутри аппарата Гольджи определяется кальций в одонтобластах, электронноплотный преципитат внутри везикулярных структур выявлен в одонтобластических отростках и в некоторых митохондриях [36]. Фтор более насыщен в поверхностных слоях эмали, а в средних слоях содержание фтора меньше. Содержание фтора в пределах поверхностных слоев меньше в области режущего края резцов и клыков, бугров и фиссур премоляров и моляров.

Установлено, что благодаря связи эмали от пульпы приводят не только к исчезновению описываемых явлений, но и к потере эмалью твердости, кислотоустойчивости и способности к минерализации, за счет этого происходит саморегулирование твердости и растворимости основных параметров лишь в эмали зуба [26].

Проницаемость твердых тканей зуба обеспечивает гомеостаз и поступление необходимых веществ в эти ткани. Обеспечивается проницаемость твердых тканей зуба циркуляцией эмалевой и дентинной жидкости [3]. При этом известно, что состояние

динамического равновесия эмали зависит как от состояния зуба, так и от качественного и количественного состава ротовой жидкости [3] и состояние пелликулы [21,56]. Установлено, при увеличении уровня фтора в питьевой воде снижается амелогенный протеин, связанный со снижением в целом протеина в эмали [42]. По мнению исследователей, это является свидетельством того, что фтор мешает нормальному развитию эмали.

1.2. Клиника, этиология и патогенез стираемости твердых тканей зубов.

Клинические проявления и причины развития, условия, способствующие и влияющие на течение патологических изменений твердых тканей зубов самые разнообразные. Так, гипоплазия эмали может быть обусловлено заболеванием кишечника и сальмонеллезной инфекции в раннем детском возрасте [67]. Установлено, что возникновение гипоплазии эмали более вероятно у детей, перенесших тяжелые заболевания дыхательных путей [49]. Ряд авторов [66, 68] отмечают, что даже малые концентрации сахаров в слюне с высоким значением времени клиренса глюкозы, могут приводить пациентов к устойчивому снижению pH и последующей деминерализации эмали, которое может усиливаться под влиянием обычных пищевых кислот. Зубы с ослабленной структурой поверхностного слоя, легко поддаются механическому стиранию при пользовании зубными пастами, даже с малой абразивностью.

Известно, что физиологической стираемости подвержены зубы с момента их прорезывания, что обусловлено окклюзионными контактами антагонизирующих зубов в процессе механической переработки пищи. Патологическая стираемость зубов развивается в результате действия местных (нарушение окклюзии) и общих (нарушение обмена веществ) факторов [30,35].

По мнению [34] повышенная стираемость зубов полиэтиологична. Причиной патологического процесса являются: 1. Функциональная недостаточность твердых тканей зубов, обусловлено их морфологической неполноценностью; 2. Функциональная перегрузка зубов; 3. профессиональные вредности. Часть причин может вызвать генерализованную стираемость, а часть лишь местное поражение. При начальной стадии стирания зубов на коронках обнаруживаются гладко отполированные фасетки, расположенные в эмалевом слое, или точки, полоски или большие плоскости, обнаженного первичного дентина [5]. Исследуя характер форм фасеток стирания, при гистологическом изучении препаратов отменено, что нет чистых горизонтальных и вертикальных форм стирания зубов. Плоскости стирания всегда направлены под разным углом к продольной оси зуба.

Стирания твердых тканей зубов влечет за собой нарушение анатомической формы короноковой части зубов и вместе с этим изменяется характер распределения жевательного давления на режущие и жевательные поверхности, а также на пародонт и элементы ВНЧС. Это один из факторов, способствующих ускорению процесса патологической стираемости, в основе которой лежит ослабление функциональной выносливости твердых тканей зубов. Часто травмируется слизистая оболочка полости рта, повышается чувствительность зубов к действию различных раздражителей, уменьшается межокклюзионная высота, укорачивается нижний отдел лица, изменяется соотношение элементов ВНЧС.

Патологическая стираемость зубов клинически проявляется в разных формах. В связи с этим предложены различные классификации стираемости твердых тканей зубов. В зависимости от глубины стираемости зубов по М.Г. Бушану:

Физиологическая стираемость в пределах эмали;

1. Переходная – в пределах эмали и частичной дентина;
2. Патологическая – в пределах дентина;

В зависимости от плоскости поражения по А.Л. Грозовскому :

1. Горизонтальная
2. Вертикальная

3. Смешанная

В зависимости от локализации по В.Ю. Курляндскому

1. Локализованная

2. Генерализованная.

Имеются указания на наличие анатомических и функциональных особенностей жевательного аппарата при патологической стираемости [10, 19, 27, 34]. Влияние частичной потери зубов на стирание твердых тканей зубов [44]. Установлена различная реакция в зубочелюстной системе на убыль твердых тканей зубов при стираемости. Различают три формы стираемости 1. Компенсированная форма – наличие зубоальвеолярного удлинения и отсутствие снижения высоты нижнего отдела лица; 2. Декомпенсированная форма – отсутствие зубов альвеолярного удлинения и наличие снижения высоты нижнего отдела лица; 3. Субкомпенсированная форма – небольшое зубоальвеолярное удлинение и небольшое снижение высоты нижнего отдела лица [6, 34]. Автор [15] доказал, что клинические проявления генерализованной формы стираемости особенно сильно выражены при уменьшении количества удерживающих окклюзионную высоту антагонизирующих пар зубов. В результате этого увеличивается функциональная нагрузка на зубы, вследствие чего ускоряется процесс стирания твердых тканей зубов, возникают их перегрузка и деструктивные изменения в тканях пародонта.

Он же считает, что в патогенезе повышенной стираемости твердых тканей зубов взаимодействуют структурная неполноценность эмали и дентина и повышенная окклюзионная нагрузка на зубы. Первая, по мнению автора, может быть обусловлена генетическими особенностями строения этих тканей, расстройствами обмена веществ, заболеваниями, нейродистрофическими и эндокринными нарушениями, сопровождающиеся неполноценными обызвествлениями твердых тканей зубов. Вторая – патологией окклюзии, частичным отсутствием зубов, особенностями функции жевательных мышц. Различают патологические и физиологические фазетки стираемости зубов [59].

Влияние формы прикуса на стираемость твердых тканей зубов. Смыкание зубных рядов верхней и нижней челюстей называется окклюзией. Прикусное положение возникает при свободной окклюзии челюстей. В этом положении бугорки зубных рядов минимально соприкасаются, т.е. наблюдается равномерный двусторонний контакт бугорков и бороздок. При правильном строении жевательного аппарата прикусное положение и привычная окклюзия идентичны [22].

Вид прикуса оказывает существенное влияние на процесс стираемости зубов. В отличие от ортогнатического прикуса при других его видах отмечается увеличение или уменьшение стираемости твердых тканей зубов [33]. Выявлено также, что зубные протезы, имеющиеся в полости рта, оказывают влияние на стираемость зубов антагонистов. Отмечено достоверное различие в количестве контактирующих зубов утром и вечером. Утром 66,6% всех контактов имели диффузный, 33,3% – точечный характер, а вечером 80,0% имели точечный и 20,0% – диффузный характер [37]. Авторы утверждают, что окклюзия и окклюзионные контакты в течение дня зависят от физиологического состояния мышц и психоэмоционального состояния.

Многие исследователи [3, 5, 11] и др. исследовали зубы только верхней челюсти; при изучении стираемости твердых тканей зуба (жевательной поверхности) ограничивались лишь качественными критериями, без учета количественного (цифрового) коэффициента. Известно, что роль зубов верхней и нижней челюстей в акте жевания неоднозначна. Наиболее активной в процессе жевания является нижняя челюсть. Следовательно, имеются основания говорить о неодинаковых темпе и интенсивности стираемости зубов на верхней и нижней челюстях.

Как показали наблюдения [33] из всех перечисленных выше отклонений от нормального состояния и развития зубов и челюстей особо важное значение в динамике стирания зубов имеет форма прикуса. Был изучен зубочелюстной аппарат у живых ли и

группы мужского и женского пола от 17 лет и старше (9 возрастных групп). Было обследовано свыше 2500 человек. При обследовании использовалась международная классификация болезней (ВОЗ, Женева, 1968, пересмотр 1965, т.1). Большинство обследованных имели ортогнатический прикус, который принято считать нормальным. Наряду с этим, были отмечены и другие формы прикуса, относящиеся к аномалиям прикуса у взрослых, в том числе прогнатия нижней челюсти - 82 человек, прогнатия верхней челюсти - у 43 человек, прямая форма прикуса - у 20, открытый прикус - у 14, глубокий прикус - 24, смешанная форма прикуса - у 14; у 45 человек были зубы, расположенные вне дуги. Таким образом, у 249 человек из общего числа обследованных, т.е. у каждого 10-го выявлена та или иная патология прикуса.

Форма прикуса оказывает существенное влияние на процесс стираемости зубов. В отличие от степени стирания зубов у лиц с ортогнатическим прикусом, при других видах прикуса отмечается увеличение степени стирания на 1-3 балла. Степень и характер стираемости зубов на верхней и нижней челюстях также зависит от формы прикуса.

Достоверно: вне зависимости от возраста нижняя челюсть чаще поражается повышенным стиранием, чем верхняя, наиболее выражен этот процесс в пятой возрастной группе. В остальных возрастных группах таких различий нет.

Таким образом, анализ данных литературы о влиянии формы прикуса на особенности стираемости различных групп зубов противоречив, что может свидетельствовать о различных подходах к оценке стираемости твердых тканей зубов. Использование различных классификаций степени их стираемости и подтверждает необходимость анатомо-клинических исследований этой стоматологической проблемы в целом и возрастном аспектах.

Указано на влияние функциональных нагрузок на ткани пародонта [22,55]. В экспериментах на собаках установлено, что функциональная нагрузка зубов уже через 3 месяца вызывает значительную стираемость режущего края передних зубов. Со временем процесс постепенно прогрессирует, и через 2 года зубы оказываются стертymi почти на половину длины коронки. Убыль твердых тканей зубов путем избирательного шлифования предупреждает функциональную перегрузку пародонта и развитие подвижности зубов [43]. Проведенные исследования подтверждают мнение о функциональном происхождении многих стоматологических заболеваний [59]. Для патологической стираемости зубов, обусловленной функциональной перегрузкой, типичным является гиперцементоз, образование заместительного дентина, который нарастает со стороны полости зуба соответственно участку стираемости коронки [18]. При этом явление гиперцементоза и хорошо сохранные альвеолярные отростки челюстей способствуют устойчивости зубов, которая весьма типична для патологической стираемости их твердых тканей.

Замечено, что профессиональная деятельность в ряде случаев способствует развитию повышенной стираемости твердых тканей. Фосфорсодержащие вещества, выделяющиеся в процессе фосфорного производства, приводя к развитию активной поверхностной деминерализации [3] повышенная стираемость отмечена у портных и швей, у стеклодувов, музыкантов, на химическом производстве, у рабочих угольных шахт и т.д. [4,8,9]. Считается, что основными причинами повышенной стираемости зубов у шахтеров антрацитовых шахт являются угольная и породная пыль, химические вещества (диоксид кремния, диоксид углерода), повышенная влажность и температура воздуха [5]. При этом у лиц с ортогнатическим прикусом отмечается меньше патологической стираемости (64-61%), при глубоком и прямом прикусе - 91,2% и 89,4% соответственно. У 29,5% отмечена стираемость локализованная, у 70,5% генерализованная.

Многие исследователи изучали частоту и распространенность повышенного стирания твердых тканей зубов [1] было обследовано 150 больных с повышенным стиранием твердых тканей зубов и было выяснено: горизонтальная форма стирания зубов у пациентов 60%, вертикальная - 12% и смешанная - 30%. Наблюдалось патологическое

стирание твёрдых тканей в возрасте от 25 до 30 лет у - 54% больных, в 50 летнем возрасте - у 26% и старше 60 лет - у 12%. [12] обследовала 531 рабочих комбината искусственного волокна и было выявлено повышенное стирание жевательных поверхностей и режущих краев зубов у 74 человек, это менее 15% от всех рабочих. Автор [13] обследовал рабочих старше 20 лет г. Кишинева около 2500 человек и обнаружил патологическое стирание твёрдых тканей зубов у 12% больных.

При обследовании менее 2500 человек в возрасте 30 лет и старше, выявлено повышенное стирание твёрдых тканей зубов у 19% мужчин и 19% женщин. Более всего повышенное стирание зубов приходится на возраст 45-54 года.

При обследовании 1000 человек, обратившихся по поводу ортопедического лечения, было обнаружено патологическое стирание твёрдых тканей зубов с преобладанием горизонтальной формы стирания у 52 обратившихся (5,2%), чаще всего фронтальных зубов. Наибольшее число больных составили люди в возрасте от 50 до 70 лет. По виду прикуса они распределились следующим образом: у 23 человек был прямой прикус, у 26 ортогнатия и у 3 - прогения.

При исследовании причин патологического стирания твёрдых тканей зубов исследователи обнаружили определенную зависимость между патологическим стиранием твёрдых тканей зубов и иными стоматологическими болезнями. При рентгенологическом обследовании межзубных перегородок и альвеолярного отростка у больных повышенным стиранием твёрдых тканей зубов, было обнаружено у них атрофия - от незначительной до сильно выраженной. [14] выяснили сочетание стирания окклюзионных поверхностей зубов с клиновидными дефектами. По исследованию [24] ни у одного из 31 обследованных коренных жителей Заполярья не обнаружила видимых клинических признаков пародонтоза и отмечала снижение заболеваемости кариесом, в то время как многие из зубов имели значительную стираемость. Исследуя частоту пародонтоза в сельской местности Ровенской области, отметил, что при повышенном стирании твёрдых тканей зубов пародонтоз составил у мужчин 31,8 около 4,52% и у женщин 28,2 или 2,17%. Постоянная функциональная нагрузка ведет к меньшему поражению пародонта считает автор [27] приходит к выводу, что существует физиологическая стираемость в пределах эмалевого слоя без нарушения очерченности зуба и патологическая стираемость, где имеет место стирание дентинного слоя, нарушение очерченности зуба с понижением высоты прикуса. Причем в патологический процесс могут вовлекаться все зубы (тотальная форма) или отдельные зубы и группы зубов (частичная форма). При тотальной форме выражены горизонтальный и смешанный характер стирания, а при частичной форме к указанным двум добавляется еще и вертикальный характер стирания. Авторы, не опуская значения фактора перегрузки зубов, считает, что нельзя недооценивать в патогенезе повышенного стирания твёрдых тканей зубов и нейротрофическую дистрофию.

Исследователь [57] наблюдал патологическую стираемость зубов при неполноценной структуре их твёрдых тканей и при неудовлетворительном обызвествлении зубов. К таким случаям автор относил отсутствие слоя эмали на жевательных поверхностях в возрасте от 25 до 30 лет, сопровождающееся потерей дентина в виде углублений, достигающих до рогов пульпы. Характер повышения стирания фронтальных зубов зависит от вида прикуса.

Авторы [53,54] считают, что повышенное стирание зубов наблюдается у больных, страдающих заболеваниями желудка (гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, печени и желчевыводящих путей). Они полагают, что основной причиной повышенного стирания твёрдых тканей является функциональная нагрузка при нарушении непрерывности зубных рядов.

Многие авторы [3,29,40,41] и др. считают причиной повышенного стирания зубов бруксизм. полагают, что повышенное стирание возникает от чрезмерных абразивных сил, неполноценного развития и созревания твёрдых зубных тканей. По наблюдениям [45] при

...м и том же виде прикуса можно встретить неодинаковую степень и характер стирания, связывает это явление не только с трением антагонистических поверхностей в процессе акта жевания, но и нейтрофическими нарушениями в организме.

Отмечена убыль твердых тканей зубов под действие средств гигиены полости рта [52,58,61,62]. Различные гигиенические средства имеют различные абразивные характеристики. Так, при испытании с мелсодержащими зубными пастами скорость изнашивания более чем в 3 раза меньше, чем в опытах с зубным порошком [29]. Наибольшее влияние на скорость истирания эмали и дентина оказывает увеличение жесткости зубной щетки. Подсчитано, что стирание эмали в день составляет 0,2 мкм, а это равно 0,7 мм в 10 лет [57, 63, 64,65]. Таким образом, анализ данных специальной литературы показал, что частота встречаемости стираемости твердых тканей зубов очень высока. Это свидетельствует об актуальности данной стоматологической проблемы. Вместе с тем требуются дополнительные исследования особенностей стираемости различных групп зубов, степени и формы ее выраженности у людей различного пола и возраста.

3. Эпидемиология стираемости твердых тканей зубов.

Современная эпидемиология рассматривает любое заболевание в тесной связи с разнообразными и многочисленными биологическими, психологическими и социально-культурными факторами, в той или иной степени влияющими на происхождение, развитие и трансформацию заболевания [51]. Показана зависимость между концентрацией ионов фтора и функцией почек у госпитализированных больных с почечными заболеваниями, живущих в районах с низким содержанием фтора [46]. Патология твердых тканей зубов в сочетании с патологической стираемостью занимает 20% среди других поражений зубочелюстной системы [11].

Отмечено влияние экологических факторов на формирование зубочелюстной системы, а так же зависимость некоторых функциональных свойств эмали зуба и их изменения под влиянием различных экзо- и эндогенных факторов [25, 39]. Считают, что патологический процесс в твердых тканях зубов возникает вследствие непосредственного воздействия неблагоприятных факторов на тот или иной зуб в период эмбриогенеза, а в последующем он проявляется при неблагоприятных условиях в полости рта (негигиеническое содержание полости рта, изменения pH среды полости рта и т.д.). Ряд авторов указывают на этнические особенности формирования челюстно-лицевой области [21, 60].

Выявлено увеличение заболеваемости полости рта в слаборазвитых странах [66] и особенности окклюзии у представителей различных народов Европы, Азии, стран Американского континента и тесная взаимосвязь между развитием человека и условиями жизни. В более раннем возрасте в период развития зубов увеличивается потребность организма в расходе значительных количеств фтора, а в старшем – процессы стирания и реминерализации эмали сбалансированы [48]. Исследование рабочих хлопководства показало, что среди некариозных поражений зубов достоверные различия выявлены лишь в отношении частоты патологической стираемости зубов. Распространенность в основной группе составляла $6,2 \pm 0,3$, а в контрольной группе $1,9 \pm 0,4$ ($p < 0,001$) [31]. Авторы делают заключение, что среди сельского населения, работающего в хлопководстве, где для борьбы с сорняками, болезнями и вредителями хлопчатника применяются различные хлор- и фосфорорганические пестициды, поражаемость зубов достоверно больше, чем у людей, не имеющих производственного контакта с этими химическими веществами. Считают, что действующими факторами при этом являются как пестициды, так и различные факторы производственной среды.

Отмечено, что у зубного техника имела место стертость фронтальных зубов в результате работы с керамикой, который смачивал кисточку во рту [47]. Как считают авторы фарфоровый порошок, обладающий очень высокой абразивностью, вызвал стертость фронтальных зубов. Многие авторы подчеркивают важную роль питания в

профилактике стоматологических заболеваний [37, 53]. Недостаток витаминов, низкая калорийность пищи, существенный недостаток кальция, железа, тиамина, общее обезвоживание организма пожилых людей во многих случаях является причиной дегенеративных изменений в полости рта.

Имеются экспериментальные данные, которые указывают на роль питания и физических нагрузок для минерального обмена в твердых тканях зубов [14]. Отмечено, что легкая физическая нагрузка сглаживала резкие изменения в обмене, оказывала тренирующее воздействие.

Установлено, что в условиях Крайнего Севера, где имеются очень низкое содержание фтора (0,001 мг/л), кальция и фосфора по сравнению с эндемической зоной по фтору, зубочелюстная система у школьников менее совершенна [32]. При этом отмечено, что различное содержание одонтотропных элементов существенно влияет на формирование зубочелюстной системы у жителей различных регионов страны. Исследованы зубы удаленные у 89 пациентов в возрасте от 8 до 67 лет, проживающих в различных районах сельской местности восточной Финляндии [50]. В местах жительства пациентов проведен геохимический анализ почвы. Установлено, что с возрастом концентрации Рb в дентине повышается, а концентрация Си, Со и Ni с возрастом не изменяется.

В возрасте 20-30 патологическая стираемость встречается у 0,76,8% обследованных, в возрасте 51-60 лет встречается чаще – 2,1-21,7%. При этом чаще патологическая стираемость встречается при прямом прикусе. Вертикальная стираемость чаще наблюдается при глубоком блокирующем прикусе. Преобладает локализованная форма стираемости, при которой поражаются твердые ткани передних зубов [17].

Отмечено абразивное стирание при длительном взаимодействии эмали зуба с керамикой. Зубная эмаль при сухом трении стирается в 6 раз, а во влажной среде в 10 раз интенсивнее керамики.

Таким образом, исследование влияния природно-климатических условий южного региона Кыргызской республики на патологическую стираемость твердых тканей зубов позволит определить распространенность стираемости твердых тканей зубов, оценить особенности эпидемиологического процесса, выявить роль различных климато-географических и экологических факторов в развитии стираемости зубов.

Литература:

1. Балабановский Р.Б., Исайкин А.С., Леонтьева И.Г., Лобкова С.Н. Поляризационно-интерференционный метод исследования функциональных напряжений в твердых тканях патологически стертых зубов, восстановленных литыми вкладками. // Стоматология. №5, -1989. - С.67-70
2. Боровский Е.В., Леонтьев В.К., Максимовская Л.Н., Нарушение процесса твердых тканей зубной ткани принципы его регуляции// Стоматология, -1984, №5, -С.19-22.
3. 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.
4. Бынин Б.Н., Бетельман А.И. Ортопедическая стоматология. М., - 1947, - С.90-91
5. Брозголь А.М. Морфологические изменения в зубных и окружающих зубных тканях при повышенной стирании зубов. // Стоматология, - 1970 №3, - С.48-51.
6. Гаврилов Е.И., Оксман М.А. «Ортопедическая стоматология». Учебник М., Медицина, - 1978 -С.464.
7. Герасимчук П.Г. Содержание солей Са и Р в различных слоях дентина корня зуба. // (Рукопись депон. во ВНИИМИ МЗ СССР №8040-84)
8. Демнер Л.М., Елизарова Л.А. Эффективность ортопедического лечения патологической стираемости зубов. // Стоматология, - 1980, №3, - С.48-51.

- мещкий Р.А. Применение композиционных материалов для ортопедического лечения больных с вертикальной формой патологической стираемости. // *Стоматология*, №3. - 1989, - С.51-52.
9. Дистель В.А., Онгоева А.Г. Анатомические особенности жевательного аппарата при патологической стираемости твердых тканей зубов. Омск, - 1980, - С.189-190. (Рукопись депон. во ВНИИМИ МЗ СССР №3578-80).
 10. Елизарова Л.А., Валеев М. Б., Агапов 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.
 11. Замурейко А.И. Изменение содержания серомукоида смешанной слюны у больных с патологической стираемостью зубов. Материалы VII съезда стоматологов УССР, Киев, - 1989, - С.219-219
 12. Золоев Р.В. Влияние кальция и цинка на состояние органов полости рта у лиц, занятых их производством: Дисс. Канд. Мед. наук. М., - 1997
 13. Кабульбеков А.А., Джумадилаев Д.Н., Демина Т.В. Макро- и микроэлементы при кариесогенном питании и физических нагрузках. // *Стоматология*, - 1988, №4, - С.10-12.
 14. Каламкарров Х.А. Клиника патологической стираемости твердых тканей зубов. // В кн.: «Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов». М., - 1984, - С.19-40.
 15. Каламкарров Х.А. Морфологические изменения в зубных и околозубных тканях. // В кн.: «Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов». М., - 1984, - С.10-18.
 16. Каламкарров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов. М. Медицина, - 1984, - С.51.
 17. Каламкарров Х.А. Этиология патогенез патологической стираемости твердых тканей зубов. В кн.: «Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов». М., - 1984, - С.5-10.
 18. Каламкарров Х.А., с соавт. Нарушение функции жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава при патологической стираемости зубов. // *Стоматология*, - 1994, №3, - С.49-53.
 19. Курляндский В.Ю. Функциональная патология зубочелюстной системы. В кн.: *Ортопедическая стоматология*, - 1969, - С.188-323.
 20. Леонтьев В.К. Пелликула зуба: состав, возможное происхождение и значение при патологии. // *Стоматология*, - 1976, №3, - С.1-5.
 21. Логинова Н.К., Зайцева И.В., Гусева И.Е. Влияние использования жевательной резинки на биомеханику жевательного аппарата и ткани пародонта. // *Стоматология*, №5, - 1998, - С.63-67.
 22. Маслова А.М., Балашов А.Н. Некоторые показатели стоматологического и общего статуса в однородных группах. // *стоматология* №4, - 1995, - С.59-61.
 23. Образцов Ю.Л. Нарушение стираемости временных зубов как фактор риска зубочелюстных аномалий и заболеваний пародонта. // *Стоматология*, - 1991, №4, - С.82-84.
 24. Окушко В.Р., Мелехин А.В. Адаптационные реакции зуба, изменения микротвердости эмали и дентина при начальном стирании зубов. Донецк, - 1980, С.-6. (Рукопись депон. во ВНИИМИ МЗ СССР, №3256-80).
 25. Окушко В.Р. В кн.: «Клиническая физиология эмали зуба». Киев, - 1984, - С.64.
 26. Олейник Е.Е., Пушкарь Э.И., Рыжков С.М., Лещенко Н.Ф. Восстановление анатомической формы фронтальных зубов при патологической стираемости. // В кн.: «Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии». Том I. - 1987, - С.165-166.

28. Петрович Ю.А., Подорожная Р.П., Турин Н.А. Изменения и роль множественных фосфопротеинов эмали при ее созревании и минерализации. // *Стоматология*, - 1983, №6, - С.73-77.
29. Ремизов С.М., Пружанский Л.Ю. Исследования влияния зубных щеток на истирание эмали и дентина зубов человека. // *СТОМАТОЛОГИЯ*, 1990, №4, С.4-6.
30. Садыков С.Б. Особенность патологической стираемости зубов при их функционально-травматической перегрузке. // *Здравоохранение Киргизии*, - 1983, №5, - С.52-53.
31. Сафаров Т., Искандаров Т.Н., Жуматов У.Ж. Частота стоматологических заболеваний у людей, работающих в хлопководстве. // *Стоматология*, - 1981, №3, С.75-77.
32. Черемнов Н.Ф. Особенности строения зубочелюстной системы у жителей регионов с различным содержанием кальция, фосфора и фтора в питьевой воде. // В кн. "Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии" Том. I. - 1987, - С.91-92.
33. Чернявская З.П. Определение возраста по степени стертости зубов в практике судебно-медицинской и стоматологической экспертизы. // *Стоматология*, - 1981, №2, - С.76-78.
34. Шульков В.М. Клиническая и рентгеноцефалометрическая характеристика повышенной стираемости твердых тканей зубов. Дисс. канд. мед. наук. М., - 1989.
35. Andreescu C., Traistaru T. Abraziunea si eroziunea dentara. // "*Stomatologis*", - 1979, - С.26, №2, - С.101-108.
36. Appelon J., Morris D.C. An Ultra structural Investigation of the Role of the Odontoblast in Matrix Calcification Using the Potassium Piroantimonate Osmium method for Calcium Localization. // "*Arch. oral Biol.*", 1979, 24, №6, 467-475.
37. Baxter J. The importance of nutrition in prosthodontic treatment of the older patient. "*Quintess. Intern.*", - 1983, - С.14, №2, - С.185-191.
38. Brudevold F., Terani A., Bakhos Y. Intraoral mineralization of abraded dental enamel. "*J.dent. Res.*", - 1982, - С.61, №3, - С.456-459.
39. Carisson G.E., Johansson A., Lundqvist S. Occlusal wear. A follow up study of 18 subjects with extensively worn dentitions. *Acta odontol. Scand.*, - 1985, - С.43, №2, - С.83-90
40. Crawford A.W./? Bruin H.J. concentration in surface. Ca, P, F, Zn, Fe, and Sr during white spot formation. "*J.dent.Res.*", - 1983, - С.62, №9, - С.964-968.
41. Davis W., Winter P. The Effect of abrasion on enamel and dentine after exposure to dietary acid. "*Brit. J. Dent.*", - 1980, - С.148, №11-12, - С.253-256.
42. Denbesten P.K., Grenshaw M.A. The effect of chronic high fluoride levels on forming enamel in the rat. // *Arch. Oral. Biol.*, - 1984, - С.29, №9, - С.675-679.
43. Einrauch - Hornecker E., Kruger W., Mausberg R. Verhalten der mobilitat funktionell traumatisierter oberer Frontzahne nach Einschleiftherapie. // "*Dtsch. Zahnzrtl. Z*", - 1982, - С.37, №11, - С.912-915.
44. Grandos J.I. The Influence of the Loss of Teeth and Attrition on the Articular Eminence. "*J. prosth. Dent.*", - 1979, - С.42, №1, - С.78-85.
45. Goldberg A. J., Rydinge E., Santucci E.A., Racr W.B. Clinical valuation methods for posterior composite restorations. // "*J. Dent. Rec*", - 1984, - С.63, №12, - С.1387-1394.
46. Hanhjalvi H.. The effect of renal impairment on fluoride retention of patients hospitalized in a low-fluoride community. // "*Proc. Finnish. Dent. Soc.*", - 1982, -С.78, №1, - С.13-19.
47. Hengchang X., Soretark R., Wiktorsson G., Tong W., Wengy L. Abrasion of acrylic veneers by simulated tooth brushing. // *Acta odontol. Scand.*, - 1984, - С.42, №6, -С.366-370.
48. Hoffmann D. Reparaturart und Hinfigkeit bei partieellen Prothesen. // *Zahntechnir.*, - 1983, - P.13. - P.24, №2, - P.47-49.
49. Johnson G.K., Sivers J.E. Attrition, abrasion and erosion: Diagnosis and therapy. // "*Clin. prekent.*", - 1987, - P.9, №5 - P.12-16.

- Lappalainen R., Knuvvtila M. The Distribution and Accumulation of Cd, Zn, Pb, Cu, Co, Ni, Mn and K in Human Teeth from Five Different Geological Areas of Finland. // "Arch. oral Biol". - 1979, - P.24, №5, 363-368.
- 51 Mandel J.D. Changing pattern of dental caries.// "Quintess Int.". - 1985, -P.16,№1, 81-87.
- 52 Meier Ch., Lutz F. Vergleichende Verschleibfestigkeitsmessungen in vivo zwischen Amalgam and Komposit. // Dtsch. zahnarztl. Z.", 1980, 35, №4, 489-492.
- 53 Nizel A.E. Nutrition in preventive dentistry: Science and practice. -2~ ed. -Philadelphia, - 1981, - C.11, - C.61.
- 54 Nico H.J. Greugers, Arid F. Kayser. Использование адгезивных частичных металлических коронок для восстановления дефектов, вызванных истиранием тканей зубов. "Квинтэссенция", №3, - C.15-18.
- 55 Martinko V. Biomechanika orofacialnej sustavy. All Mechanicke vlastnosti periodoncia. "Cs. Stomatol.", 1983, 83, №5, 353-357.
- 56 Moreno E.C., Zahradnik R.T. Demineralization and Reminezation of Dental Enamel. "J. dent/Res". - 1979, - C.58, - C.896-902.
- 57 Nordbo H., Skogedal O. The rate of cervical abrasion in dental students. // "Acta odontol. Scand.", - 1982, - C.40, №1, - C.45-47.
- 58 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, - P.62, №10, - P.1089-1091.
- 59 Richter H. Gnathologie: Functions diagnostic-Therapies-Psychotherapie. // "Dent. Lab.", - 1983, - P.31, №2, - P.153-156.
- 60 Richards L.C. Dental attrition and craniofacial morphology in two Australian aboriginal populations. // "J. Dent. Res.", - 1985, - P.64, № 11, - C.1314-1315.
- 61 Sheiham A. The Epidemiology of Dental Caries and Periodontal Disease. // "J. clin. Periodoont.", - 1979, - C.6, №7, C.7-15.
- 62 Tappe A., Eichhorn T. Zur Abrasionsfestigkeit zahnarztlicher Materialien. // "Stomatol. DDR", - 1980, - P.30, №4, - P.250-256.
- 63 Turner R.A., et all. Restoration of the extremely worn dentition // J. Prosthet. Dent. 1984/ - v. 52, № 4 - P.467-474.
- 64 Thibault J., Rouot J. Lateralite en prothese totale. // "Rev Odonto-Stomat., Fr.", - 1980, - C.37, №2, - C.117-120.
- 65 Horowitz H.S., Heifetz S.B., Driscoll W.S., Kingman A., Meyers R.J. A new method for assessing the prevalence of dental fluorosis-the tooth surface ih-dex of fluorosis. //J. Amer. Dent. Ass., - 1984, - C.109,№1, - C.37-40.
- 66 Sperr W. Stomatognathe Ursachen von Kiefergelenksberchwarden. // "Prakt. Arzt.", -1979, - P.33, №404, - P.1836-1845.
- 67 Smith D.M., Miller J. Gastro-enteritis, Coeliac Disease and Enamel Hypoplasia. // "Brit. dent. J.", - 1979, - P.147, №4, -P.91-95.
- 68 Woltgens J.H., Vingerling P., de Blicck-Hogervorst J.M.A., Bervoets D.J. Enamel erosion and saliva. // Clin, prevent. Dent., - 1985, P- .7, №3, - P.8-10.

УДК:81.1

О ХАРАКТЕРИСТИКЕ МЕЖДОМЕТИЙ ПО СПОСОБУ ОБРАЗОВАНИЯ И ПРОИСХОЖДЕНИЮ В КЫРГЫЗСКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ

Рахимова Хаина, старший преподаватель
Дипара Суркеева, доцент
Ошский государственный университет

Котляева

Иванов

157

Асанов

