

ISSN 2414-7899

*Ученый секретарь
14.19.
Асанбекова*



EURASIAN
SCIENTIFIC
ASSOCIATION

ЕВРАЗИЙСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ

ПЕРСПЕКТИВЫ МОДЕРНИЗАЦИИ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ

67я Международная научная конференция



СЕНТЯБРЬ
2020
ЧАСТЬ 3

Копия бума:
Ученый секретарь
Асанбекова СКВА

СОДЕРЖАНИЕ

БИОЛОГИЧЕСКИЕ НАУКИ

- Васильев Д.В.**
Последствия аэротехногенного загрязнения выбросами автомобильного транспорта для придорожных насаждений сосны обыкновенной 161
- Дробот Н.И., Островская А.Н., Остапчик В.С., Мозгова Г.В.**
Подходы к регулированию ГМО и продукции, содержащей ГМ-компоненты 164
- Круглова А.С., Селина А.А., Минакова П.С.**
Исследование активного кремния в отходах плодовых оболочек риса и соломы 168
- Симионов М.В.**
Гидрологический режим рек 170
- Сомсиков А.И.**
Живое и неживое глазами физики 173
- Сомсиков А.И.**
Строение человека и прочих живых объектов 178

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

- Азимбаев Н.М., Ешиев А.М.**
Этиопатогенетическое лечение острого герпетического стоматита у детей дошкольного возраста 182
- Арушанян М.Ю.**
Лечение нормотензивной гидроцефалии 185
- Барбакова Л.М.**
Трансплантация печени в лечении хронической печеночной недостаточности, современный взгляд на вопрос 186
- Девятова Н.В.**
Цереброспинальна рідина і імунітет 188
- Ермошкин В.И.**
Атеросклероз возникает по причине потерь артериальной крови 190

- Ермошкин В.И.**
Возможная причина и механизм расслоения и разрыва аорты 193
- Ермошкин В.И.**
Механизм атеросклероза и патологических спазмов артерий человека 196
- Журбенко В.А.**
Современные подходы к лечению и профилактике повышенной чувствительности зубов 201
- Ивлиев Ю.А.**
Метод математической психологии в диагностике высших психических функций человека (на примере доказательства Великой теоремы Ферма) 203
- Киселев А.И., Ишмухамбетова Л.Х., Поповичева О.О., Мазлов А.М.**
Некоторые наджелудочковые нарушения ритма как актуальная проблема современной кардиологии 205
- Куница В.Н., Вильцанюк И.А., Чернуха С.Н., Шахназаров А.А.**
Розділ гастроентерологія в пропедевтиці внутрішніх хвороб 207
- Курманбеков Н.О., Ешиев А.М.**
Комбинированное применение остеопластических материалов после удаления ретенированных зубов и их результаты 209
- Кыдыкбаева Н.Ж., Мурзалиев А.Д., Рахманкулов А.З.**
Организация пародонтологической помощи в Кыргызской Республике, проблемы и перспективы 211
- Мосина Л.М., Титойкина Ю.В.**
Неалкогольная жировая болезнь печени и кардиоваскулярный риск 214
- Пакыров Ж.К., Евлиев А.М.**
Распространенность кариеса твердых тканей зубов в зависимости от профессии пациентов 217



9. Шлякто Е.В., Арутюнов Г.П., Беленков Ю.Н., Ардашев А.В. Национальные Рекомендации по определению риска и профилактике внезапной сердечной смерти. Архив внутренней медицины, 2013. – (4):5-15.
10. Anstee QM, Targher G, Day CP. Progression of NAFLD to diabetes mellitus, cardiovascular disease or cirrhosis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2013; – 10: 330–44.
11. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al. The diagnosis and management of non-alcoholic fatty liver disease: practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases, American College of Gastroenterology, and the American Gastroenterological Association. Hepatology, 2012; – P.55:2005-2023.
12. Kumar M.S, Singh A., Jaryal A. K. et el. Cardiovascular Autonomic Dysfunction in Patients of Nonalcoholic Fatty Liver Disease. International Journal of Hepatology «Hindawi» Volume, 2016, Article ID 5160754. – 8 pages.
13. Targher G., Mantovani A., Pichiri I., Rigolon R., et al. Nonalcoholic fatty liver disease is associated with an increased prevalence of atrial fibrillation in hospitalized patients with type 2 diabetes. Clin. Sci. (Lond), 2013. – 125:301–9.
14. Targher G., Valbusa F., Bonapace S., Bertolini L., et al. Association of nonalcoholic fatty liver disease with QTc interval in patients with type 2 diabetes. Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis, 2014. – 24:663–69.
15. Targher G., Byrne C., Lonardo A., Zoppini G., et al. Nonalcoholic fatty liver disease and risk of incident cardiovascular disease: a metaanalysis. J. Hepatol, 2016. – 5:589–600.
16. Xhyheri B., Manfrini, O., Mazzolini, M., Pizzi C., et al. Heart Rate Variability Today. Progress in Cardiovascular Diseases, 2012. – 55(3): 321–331.

Распространенность стираемости твердых тканей зубов в зависимости от пола и возраста пациентов

Пакрыов Жениш Каракозиевич, преподаватель, медицинский факультет;
Ешиев Абдыракман Молдалиевич, преподаватель, медицинский факультет
Ошский государственный университет (г.Ош, Кыргызстан)

Данная статья описывает исследования и анализ распространенности патологических процессов твердых тканей зубов, с применением статистических данных. Многоэтапные клинические исследования с применением различных методик помогут читателю дать надежную информацию о распространенности, зависимости и отличительных чертах проблемы патологической стираемости зубов.

Ключевые слова: патологическая стираемость, твердые ткани зуба, физиологическая стираемость, исследования зубов.

Патологические процессы твердых тканей зубов по своей распространенности занимают одно из лидирующих мест среди часто встречающихся стоматологических заболеваний. Основными факторами развития стираемости твердых тканей являются дефицит твердых тканей зубов, морфологическая недостаточность, перегрузка зубов, химическое влияние, профессиональные вредности [1, 2, 3, 5]. Данной проблеме уделяют немало внимания врачи-стоматологи [4, 6] и другие исследователи вложили огромный труд в эту сферу стоматологии. Клинические проявления и причины развития, условия, способствующие и влияющие на течение патологических перестроений твердых тканей зубов самые разнообразные. Известно, что физиологической стираемости подвержены зубы с момента их прорезывания, что обусловлено окклюзионными контактами антагонистических зубов в процессе механической переработки пищи. Патологическая стираемость зубов развивается в результате воздействия локальных (нарушение окклюзии) и общих (нарушение гомеостаза) факторов [1, 2, 3, 5, 6].

Стирание твердых тканей зубов влечет за собой нарушение анатомической формы коронок, что приводит к изменению своей части зубов и вместе с этим изменяется характер распределения жевательного давления на жевательные поверхности, а также на элементы ВНЧС.

Цель исследования изучить распространённость стираемости твердых тканей зубов, в зависимости от пола и возраста пациентов.

Материалы и методы исследования

Клиническое исследование проведено несколькими подразделами, первая часть: в зависимости от распространенности стираемости твердых тканей зубов от пола и возраста обследовано 1552 пациента. С целью получения всесторонних данных о патологии зубочелюстной системы, состоянии твердых тканей зубов и их взаимосвязи с различными факторами окружающей среды и организмом человека, обследование проводилось по разработанной нами схеме, и полученные данные заносились в специально созданную карту стоматологического обследования. При наружном осмотре акцентировали внимание на высоту нижнего отдела лица, выраженность носогубных и подбородочных складок. При осмотре полости рта – на состояние слизистой оболочки языка, щек, губ, десны, тканей пародонта, наличие зубодесневых патологических карманов и зубных отложений. Далее перешли к прямому исследованию зубных рядов. Отмечали места преимущественной локализации стираемости, определяли присутствие дефектов коронок, свободных частей зубов и зубных рядов, топографию зубов, положение смыкания зубных рядов. Определяли присутствие и состояние зубных протезов, состояние височного сустава, наличие аномалий и деформаций зубочелюстной системы.



Нами проводились исследования, постановка диагноза и анализ итогов обследования, в которых мы следовали классификации стираемости по ряду авторов: по глубине стираемости - физиологическая, переходная, патологическая по М.Г. Бушан (1972); по форме - горизонтальная, вертикальная, смешанная по А.Л. Грозовскому (1946); по распространенности - локализованная, генерализованная по В.Ю. Курляндскому (1962). Полученные результаты анализировались методами вариационной статистики с расчетом средних величин (М) и его стандартным отклонением (m). Разница средних величин оценивалась по t-критерию Стьюдента, где различия считались статистически достоверными при уровне $P < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждения

При проведении исследований у 1552 пациентов были выявлены следующие формы стираемости твердых тканей зубов: локализованная форма - 915 (58,9%) пациента, генерализованная стираемость была диагностирована у 637 (41,1%), горизонтальная - 1012 (65,2%), вертикальная встречалась у 56 пациентов, что составляет всего (3,6%) и смешанная отмечена у 484 (31,2%) пациентов. Физиологическая стираемость составила 63,3%, исходя из обследованных 986 пациентов, переходная встречалась у 443 (28,5%) пациентов. После проведенных осмотров и обследований пациентов можно отметить, что патологическая стираемость обнаружена у 101 пациента от общего количества и составила 6,5%, и только у 22 обследованных пациентов не наблюдалось стираемости твердых тканей зубов, что составило 1,7%.

Из обследованных 1552 пациентов мужчин было 652 человека что составило 42%, а женщин - 900 (58%). Среди 652 обследованных пациентов мужского пола локализованная форма стираемости твердых тканей зубов встречается незначительно реже (60,9%) чем у женщин (63,6%). При этом изменения не достигли достоверности ($p > 0,05$). Генерализованная стираемость у мужчин наблюдалась несколько чаще (39,1%) при сравнении с женщинами - 36,4%. Таким образом, у мужчин, как и у женщин, локализованная форма стираемости встречалась чаще, по сравнению с генерализованной.

Исследования показали, что горизонтальная стираемость у женщин встречалась в 68,2% чаще вертикальной и на 46,8% чаще смешанной формы. Вертикальная стираемость у женщин встречалась на 21,4% реже смешанной. У мужчин горизонтальная форма стираемости встречалась на 59,1% случаев чаще вертикальной формы и на 27,8% случаев чаще смешанной. Вертикальная стираемость встречалась на 31,3% случаев реже смешанной формы при их сопоставлении. Переходная стираемость (в пределах эмали и дентина) наблюдали у мужчин в 35,7% случаев, у женщин достоверно меньше (22,9%) ($p < 0,05$).

Патологическая стираемость (на границе дентинового слоя) у мужчин встречалась в 8,5% случаев, у женского пола наблюдали в 6,1% случаев, при этом различия статистически не достигли достоверности ($p > 0,05$).

В 1,8% случаев у мужского пола и в 0,9% случаев у женщин в данной группе было отмечено отсутствие физиологической стираемости.

Из этого следует, что физиологическая стираемость у мужчин встречалась на 23,5% чаще переходной, патологическая - на 49,1% реже физиологической, переходная, в свою очередь на 28,1% незначительно реже физиологической, патологическая стираемость на 65,9% встречалась реже физиологической, переходная чаще патологической на 18,7%.

По итогам наших исследований, выявлено, что локализованная и генерализованная формы стираемости не зависят от пола. Горизонтальная форма стираемости встречалась допльно выше у женщин, смешанная - у мужчин ($p < 0,05$). Предопределенность вертикальной формы стираемости от пола исключена. Физиологическая и переходная форма стираемости имели достоверные различия среди мужчин и женщин ($p < 0,05$) в отличие от патологической формы стираемости случаев, когда нет стирания.

Нами было проведено обследование пациентов, которых мы разделили на следующие возрастные группы: от 18-30 лет, 31-40 лет, 41-50 лет, 51 лет и старше.

В исследованиях установлено, что поверхностное стирание твердых тканей зубов зависит от возраста пациента представлено табл.1.

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту

№ п/п	Возраст пациентов	количество	% соотношение
1	От 18 до 30 лет	170	10,9
2	От 31 до 40 лет	584	37,6
3	От 41 до 50 лет	547	35,2
4	От 51 лет и старше	251	16,1
	итого	1552	100

При этом локализованная форма стирания зубов в 18-30 лет встречается в 70,4% случаев. В 31-40 лет у пациентов встречалась значительно меньше и составила 59,5% случаев, в 41-50 летнем возрасте стирание твердых тканей зубов встречалось в 49,2% случаев. В 51 лет и старше локализованная стираемость выявлена у 45,6% пациентов. Достоверные отличия отмечены в возрастных группах от 18 и до 40 лет ($p < 0,01$). При сравнении в 50 лет и старше групп различия достигли достоверности ($p < 0,05$).

Наблюдалось, что в молодом возрасте чаще встречалась локализованная форма стирания твердых тканей зубов, чем в старшем возрасте. Распространенность стирания зубов генерализованной формы в возрастной группе 18-30 лет наблюдалась в 29,6% случаев. В возрасте 31-40 лет составила 40,5% случаев, а 41-50 летнем возрасте 50,8%. В 51 лет и старше стирание встречалось в 53,5%. Таким образом от 18 до 40 лет отмечаются достоверные различия ($p < 0,01$), от 51 и старше не достигли достоверности.

Результаты исследования показали, что между клинической формой стираемости твердых тканей зубов и возрастом имеется достоверная связь ($p < 0.01$). Горизонтальная форма стираемости в возрастной группе 18-30 лет выявлено в 79,1% случаев,

31-40 лет наблюдалась в 68,2% случаев, в 41-50 лет – 65,5% случаев, в 51 лет и старше – в 50,2% случаев. При сравнении всех возрастных групп различия достоверны ($p < 0.01$).

Таблица 2. Распределение пациентов по локализации стираемости

№ п/п	Возраст пациентов	Локализованная (%)	Генерализованная (%)
1	От 18 до 30 лет	70,4%	29,6%
2	От 31 до 40 лет	59,5%	40,5%
3	От 41 до 50 лет	49,2%	50,8%
4	От 51 лет и старше	45,6%	53,5%

Не менее часто встречалась вертикальная стираемость зубов: в возрасте 18-30 лет – 3,9% случаев, в 31-40 – 5,9% по распространенности, в возрасте 41-50 лет – по 2,9% встречаемости, в возрасте 51 лет и старше – 0,9% случаев. При всех сопоставлениях эти различия не достоверны ($p > 0.05$).

В возрасте 18-30 лет смешанная форма стирания твердых тканей зубов распространялась у 16,1% пациентов. В возрастной группе у 31-40 лет – 30,1% обследованных, в возрасте 41-50 лет – отмечалась в 34,9% случаев, в возрасте 51 лет и старше у 48,5%. При смешанной форме как и при горизонтальной, различия достоверны ($p < 0.05$) представлено табл.3.

Таблица 3. Распределение пациентов по форме стираемости

№ п/п	Возраст пациентов	Горизонтальная %	Вертикальная %	Смешанная %
1	От 18 до 30 лет	79,1%	3,9%	16,1%
2	От 31 до 40 лет	68,2%	5,9%	30,1%
3	От 41 до 50 лет	65,5%	2,9%	34,9%
4	От 51 лет и старше	50,2%	0,9%	48,5%

Таким образом, результаты исследования доказали, что характер стираемости на прямую зависит от возраста пациентов. При этом физиологическая стираемость в возрастной группе обследуемых в возрасте 18-30 лет выявлена в 89,9% случаев, в возрасте 41-50 лет – в 46,7%, в возрасте 51 лет и старше встречалась значительно меньше – в 25,9% случаев. В сравнении всех обследуемых лиц во всех возрастных группах были статистически достоверны ($p < 0.01$).

Стираемость в пределах эмали и дентина в возрасте 18-30 лет встречалась в 5,5% случаев, в возрасте 31-40 лет – в 29,5% случаев, в возрасте 41-50 лет – 46,3% случаев, в возрасте 51 лет и старше – в 58,2% случаев. Различия при их сопоставлении между собой достоверны ($p < 0.01$) во всех сравниваемых группах, представлена табл.4.

Таблица 4. Распределение пациентов по физиологической стираемости и в пределах эмали и дентина

№ п/п	Возраст пациентов	Физиологическая	Пределах эмали и дентина
1	От 18 до 30 лет	89,9%	5,5%
2	От 31 до 40 лет	68,2%	29,5%
3	От 41 до 50 лет	46,7%	46,3%
4	От 51 лет и старше	25,9%	58,2%

Реже наблюдалась патологическая стираемость в возрасте 18-30 лет – отмечалась в 0,7% случаев, а в возрасте 31-50 выявлена в 5,3%, а в 51 лет и старше встречалась – в 17,3% случаев. Различия при всех сопоставлениях, во всех группах достоверны. Стираемость не выявлена у лиц в возрасте 18-30 лет – у 3,2%,

в возрасте 31-40 лет у – 0,7%, в возрасте 51 лет и старше – у 0,3% обследованных лиц. Во всех сравниваемых группах различия статистически недостоверны, представлено в табл.5.

Таблица 5. Распределение пациентов с патологической стираемостью и не выявленные

№ п/п	Возраст пациентов	патологическая	Стираемость не выявлена
1	От 18 до 30 лет	0,7%	3,2%
2	От 31 до 40 лет	5,3%	0,7%
3	От 41 до 50 лет	7,9%	0,5%
4	От 51 лет и старше	17,3%	0,3%

Результаты исследования 1552 пациентов у 56,4% диагностировалась локализованная форма стираемости твердых тканей зубов, у 43,6% – генерализованная

форма стираемости. Горизонтальная форма отмечалась у – 65,7% пациентов, а вертикальная форма стираемости твердых тканей зубов встречалась гораздо реже и составила – 3,4% случаев и смешанная

форма наблюдалась – 32,4%. Физиологическая форма стираемости зубов выявлена у – 57,7% обследуемых, переходная форма определена у 34,8%, а патологическая – у 7,7% случаев. Не наблюдалась стираемость у 1,2% из всех обследованных 1552 пациентов. По плану обследования показали, горизонтальная стираемость у женщин встречалась в 68,2%, смешанной формы 46,8%, вертикальной 21,4% у мужчин горизонтальная форма 59,1% случаев, смешанной-31,3%, вертикальной формы-27,8%. Переходная стираемость (в пределах эмали и дентина) наблюдали у

мужчин в 35,7% случаев, у женщин достоверно меньше (22,9%) ($p < 0.05$).

Таким образом, исходя из результатов проведенного исследования, нами установлена зависимость стираемости твердых тканей зубов от возраста пациентов и пола. Доказано, что процент физиологической стираемости с возрастом уменьшается, а переходная и патологическая стираемость твердых тканей зубов увеличивается.

Литература:

1. Каламкарров Х.А. Ортопедическое лечение патологической стираемости твердых тканей зубов. Учебное пособие. / Х.А.Каламкарров. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2004. – 176 с.
2. Трезубов В.Н., Мишнев Л.М., Невянова Н.Ю. [и др.]. Ортопедическая стоматология. Технология лечебных и профилактических аппаратов. – СПб: Спец. Лит, 2002. – 340с.
3. Рубежова Н.В. Особенности клинического течения и лечения больных с эрозиями, клиновидными дефектами и повышенной стираемостью зубов: автореф. дис. канд. мед. наук. / Н.В. Рубежова – СПб.: Нева, 2009. – 21 с.
4. Bartlett D.V. The role of erosion in tooth wear: aetiology, prevention and management. / D.V. Bartlett // International Dental Journal. – 2005. – N.55. – P. 277-284.
5. Lussi A, Schlüter N, Rakhmatullina E, Ganss C. Dental erosion—an overview with emphasis on chemical and histopathological aspects. Caries research. 2011 May 31;45(Suppl. 1):2-12.
6. Lussi A. «Dental erosion: from diagnosis to therapy». – Monogr. Oral Sci. Basel, Karger, 2006, Vol. 20.-28-32

УДК 618.3-06

Клінічні особливості і принципи лікування алергічного стоматиту під час використання часткових і повних знімних протезів

Сатановский Михаил Абрамович, старший преподаватель
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»,
Симферополь

Сатановский Дмитрий Михайлович, зав. хирургическим кабинетом
ФГБУ «1472 ВМКГ» МО РФ, Филиал №2, Симферополь

Северина Светлана Константиновна, кандидат медицинских наук, доцент;
Овчаренко Елена Николаевна, ассистент

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «КФУ им. В.И. Вернадского»,
Симферополь

Аннотация. Авторы изучали проблему реакции структурных компонентов ротовой полости на съёмные пластинчатые протезы. Так, установлено, что любое наложение съёмных пластинчатых протезов вызывает воспалительную реакцию слизистой оболочки протезного ложа. Изучалась потребность жителей региона в протезировании, основные патогенетические механизмы, приводящие к развитию аллергических реакций. Новым в лечении аллергических стоматитов является изготовление протезов типа «Акри-фри». Это позволяет уменьшить или полностью нивелировать отрицательное воздействие акрилатов на слизистую оболочку протезного ложа.

Ключевые слова: протезный стоматит, Акри-фри, аллергическая реакция.

Вступ. Потреба населення знімному протезуванню складає від 5% (у віці від 20 до 40 років) до 80% у більш старших пацієнтів [4, 6]. У свою чергу проблема взаємини тканин порожнини рота з матеріалами, застосовуваними для виготовлення знімних ортопедичних конструкцій, є однією з основних в клініці ортопедичної стоматології [2, 5]. Акрилові стоматологічні матеріали знайшли широке застосування при виготовленні часткових і повних знімних протезів. При цьому механізм виникнення алергічного стоматиту ще не виявлено повністю, але, найімовірніше, це пов'язано з реакцією імуні-

системи на подразники [8, 9]. Згідно з даними ВООЗ, гіперчутливістю уповільненого типу називають групу реакцій, що розвиваються в організмі через 1-2-е діб після контакту з алергеном. Вони відрізняються від інших типів алергічних реакцій тим, що не пов'язані з виробленням антитіл.

Реакція уповільненого типу або алергічна реакція типу ІV може викликати різні прояви і симптоми. Вони можуть бути розширеною реакцією на слизовій оболонці порожнини рота, а також на шкірі. Вони виникають після введення

Котляєва Катя

Ученый секретарь

Асанбекова Д.К. Ю.

