

GEORGIAN MEDICAL NEWS

ISSN 1512-0112

No 9 (318) Сентябрь 2021

ТБИЛИСИ - NEW YORK



ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Медицинские новости Грузии
საქართველოს სამედიცინო სიახლენი

GEORGIAN MEDICAL NEWS

No 9 (318) 2021

Published in cooperation with and under the patronage
of the Tbilisi State Medical University

Издается в сотрудничестве и под патронажем
Тбилисского государственного медицинского университета

გამოიცემა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტთან
თანამშრომლობითა და მისი პატრონაჟით

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
ТБИЛИСИ - НЬЮ-ЙОРК

GMN: Georgian Medical News is peer-reviewed, published monthly journal committed to promoting the science and art of medicine and the betterment of public health, published by the GMN Editorial Board and The International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (U.S.A.) since 1994. **GMN** carries original scientific articles on medicine, biology and pharmacy, which are of experimental, theoretical and practical character; publishes original research, reviews, commentaries, editorials, essays, medical news, and correspondence in English and Russian.

GMN is indexed in MEDLINE, SCOPUS, PubMed and VINITI Russian Academy of Sciences. The full text content is available through EBSCO databases.

GMN: Медицинские новости Грузии - ежемесячный рецензируемый научный журнал, издаётся Редакционной коллегией и Международной академией наук, образования, искусств и естествознания (IASEIA) США с 1994 года на русском и английском языках в целях поддержки медицинской науки и улучшения здравоохранения. В журнале публикуются оригинальные научные статьи в области медицины, биологии и фармации, статьи обзорного характера, научные сообщения, новости медицины и здравоохранения.

Журнал индексируется в MEDLINE, отражён в базе данных SCOPUS, PubMed и ВИНТИ РАН. Полнотекстовые статьи журнала доступны через БД EBSCO.

GMN: Georgian Medical News – საქართველოს სამედიცინო სიახლენი – არის ყოველთვიური სამეცნიერო სამედიცინო რეცენზირებადი ჟურნალი, გამოიცემა 1994 წლიდან, წარმოადგენს სარედაქციო კოლეგიისა და აშშ-ის მეცნიერების, განათლების, ინდუსტრიის, ხელოვნებისა და ბუნებისმეტყველების საერთაშორისო აკადემიის ერთობლივ გამოცემას. GMN-ში რუსულ და ინგლისურ ენებზე ქვეყნდება ექსპერიმენტული, თეორიული და პრაქტიკული ხასიათის ორიგინალური სამეცნიერო სტატიები მედიცინის, ბიოლოგიისა და ფარმაციის სფეროში, მიმოხილვითი ხასიათის სტატიები.

ჟურნალი ინდექსირებულია MEDLINE-ის საერთაშორისო სისტემაში, ასახულია SCOPUS-ის, PubMed-ის და ВИНТИ РАН-ის მონაცემთა ბაზებში. სტატიების სრული ტექსტი ხელმისაწვდომია EBSCO-ს მონაცემთა ბაზებშიდან.

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ ГРУЗИИ

Ежемесячный совместный грузино-американский научный электронно-печатный журнал
Агентства медицинской информации Ассоциации деловой прессы Грузии,
Международной академии наук, индустрии, образования и искусств США.
Издается с 1994 г., распространяется в СНГ, ЕС и США

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Николай Пирцхалаишвили

НАУЧНЫЙ РЕДАКТОР

Елене Гиоргадзе

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Нино Микаберидзе

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Зураб Вадачкориа - председатель Научно-редакционного совета

Михаил Бахмутский (США), Александр Геннинг (Германия), Амиран Гамкрелидзе (Грузия),
Константин Кипиани (Грузия), Георгий Камкамидзе (Грузия),
Паата Куртанидзе (Грузия), Вахтанг Масхулия (Грузия),
Тенгиз Ризнис (США), Реваз Сепиашвили (Грузия), Дэвид Элуа (США)

НАУЧНО-РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Константин Кипиани - председатель Научно-редакционной коллегии

Архимандрит Адам - Вахтанг Ахаладзе, Амиран Антадзе, Нелли Антелава, Георгий Асатиани,
Тенгиз Асатиани, Гия Берадзе, Рима Бериашвили, Лео Бокерия, Отар Герзмава, Лиана Гогиашвили,
Нодар Гогешашвили, Николай Гонгадзе, Лия Дваладзе, Тамар Долиашвили, Манана Жвания,
Тамар Зерекидзе, Ирина Квачадзе, Нана Квирквелия, Зураб Кеванишвили, Гурам Кикнадзе,
Димитрий Кордзаиа, Теймураз Лежава, Нодар Ломидзе, Джанлуиджи Мелотти, Марина Мамаладзе,
Караман Пагава, Мамука Пирцхалаишвили, Анна Рехвиашвили, Мака Сологашвили, Рамаз Хецуриани,
Рудольф Хохенфеллнер, Кахабер Челидзе, Тинатин Чиковани, Арчил Чхотуа,
Рамаз Шенгелия, Кетеван Эбралидзе

Website:

www.geomednews.org

The International Academy of Sciences, Education, Industry & Arts. P.O.Box 390177,
Mountain View, CA, 94039-0177, USA. Tel/Fax: (650) 967-4733

Версия: печатная. **Цена:** свободная.

Условия подписки: подписка принимается на 6 и 12 месяцев.

По вопросам подписки обращаться по тел.: 293 66 78.

Контактный адрес: Грузия, 0177, Тбилиси, ул. Асатиани 7, IV этаж, комната 408
тел.: 995(32) 254 24 91, 5(55) 75 65 99

Fax: +995(32) 253 70 58, e-mail: ninomikaber@geomednews.com; nikopir@geomednews.com

По вопросам размещения рекламы обращаться по тел.: 5(99) 97 95 93

© 2001. Ассоциация деловой прессы Грузии

© 2001. The International Academy of Sciences,
Education, Industry & Arts (USA)

GEORGIAN MEDICAL NEWS

Monthly Georgia-US joint scientific journal published both in electronic and paper formats of the Agency of Medical Information of the Georgian Association of Business Press; International Academy of Sciences, Education, Industry and Arts (USA).
Published since 1994. Distributed in NIS, EU and USA.

EDITOR IN CHIEF

Nicholas Pirtskhalaishvili

SCIENTIFIC EDITOR

Elene Giorgadze

DEPUTY CHIEF EDITOR

Nino Mikaberidze

SCIENTIFIC EDITORIAL COUNCIL

Zurab Vadachkoria - Head of Editorial council

Michael Bakhmutsky (USA), Alexander Gënning (Germany),
Amiran Gamkrelidze (Georgia), David Elua (USA),
Konstantin Kipiani (Georgia), Giorgi Kamkamidze (Georgia), Paata Kurtanidze (Georgia),
Vakhtang Maskhulia (Georgia), Tengiz Riznis (USA), Revaz Sepiashvili (Georgia)

SCIENTIFIC EDITORIAL BOARD

Konstantin Kipiani - Head of Editorial board

Archimandrite Adam - Vakhtang Akhaladze, Amiran Antadze, Nelly Antelava,
Giorgi Asatiani, Tengiz Asatiani, Gia Beradze, Rima Beriashvili, Leo Bokeria,
Kakhaber Chelidze, Tinatin Chikovani, Archil Chkhotua, Lia Dvaladze, Tamar Doliashvili,
Ketevan Ebralidze, Otar Gerzmava, Liana Gogiashvili, Nodar Gogebashvili,
Nicholas Gongadze, Rudolf Hohenfellner, Zurab Kevanishvili, Ramaz Khetsuriani,
Guram Kiknadze, Dimitri Kordzaia, Irina Kvachadze, Nana Kvirkvelia, Teymuraz Lezhava,
Nodar Lomidze, Marina Mamaladze, Gianluigi Melotti, Kharaman Pagava,
Mamuka Pirtskhalaishvili, Anna Rekhviashvili, Maka Sologhashvili, Ramaz Shengelia,
Tamar Zerekidze, Manana Zhvania

CONTACT ADDRESS IN TBILISI

GMN Editorial Board
7 Asatiani Street, 4th Floor
Tbilisi, Georgia 0177

Phone: 995 (32) 254-24-91
995 (32) 253-70-58
Fax: 995 (32) 253-70-58

CONTACT ADDRESS IN NEW YORK

NINITEX INTERNATIONAL, INC.
3 PINE DRIVE SOUTH
ROSLYN, NY 11576 U.S.A.

Phone: +1 (917) 327-7732

WEBSITE

www.geomednews.com

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ!

При направлении статьи в редакцию необходимо соблюдать следующие правила:

1. Статья должна быть представлена в двух экземплярах, на русском или английском языках, напечатанная через **полтора интервала на одной стороне стандартного листа с шириной левого поля в три сантиметра**. Используемый компьютерный шрифт для текста на русском и английском языках - **Times New Roman (Кириллица)**, для текста на грузинском языке следует использовать **AcadNusx**. Размер шрифта - **12**. К рукописи, напечатанной на компьютере, должен быть приложен CD со статьей.

2. Размер статьи должен быть не менее десяти и не более двадцати страниц машинописи, включая указатель литературы и резюме на английском, русском и грузинском языках.

3. В статье должны быть освещены актуальность данного материала, методы и результаты исследования и их обсуждение.

При представлении в печать научных экспериментальных работ авторы должны указывать вид и количество экспериментальных животных, применявшиеся методы обезболивания и усыпления (в ходе острых опытов).

4. К статье должны быть приложены краткое (на полстраницы) резюме на английском, русском и грузинском языках (включающее следующие разделы: цель исследования, материал и методы, результаты и заключение) и список ключевых слов (key words).

5. Таблицы необходимо представлять в печатной форме. Фотокопии не принимаются. **Все цифровые, итоговые и процентные данные в таблицах должны соответствовать таковым в тексте статьи**. Таблицы и графики должны быть озаглавлены.

6. Фотографии должны быть контрастными, фотокопии с рентгенограмм - в позитивном изображении. Рисунки, чертежи и диаграммы следует озаглавить, пронумеровать и вставить в соответствующее место текста **в tiff формате**.

В подписях к микрофотографиям следует указывать степень увеличения через окуляр или объектив и метод окраски или импрегнации срезов.

7. Фамилии отечественных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

8. При оформлении и направлении статей в журнал МНГ просим авторов соблюдать правила, изложенные в «Единых требованиях к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы», принятых Международным комитетом редакторов медицинских журналов - <http://www.spinesurgery.ru/files/publish.pdf> и http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html В конце каждой оригинальной статьи приводится библиографический список. В список литературы включаются все материалы, на которые имеются ссылки в тексте. Список составляется в алфавитном порядке и нумеруется. Литературный источник приводится на языке оригинала. В списке литературы сначала приводятся работы, написанные знаками грузинского алфавита, затем кириллицей и латиницей. Ссылки на цитируемые работы в тексте статьи даются в квадратных скобках в виде номера, соответствующего номеру данной работы в списке литературы. Большинство цитированных источников должны быть за последние 5-7 лет.

9. Для получения права на публикацию статья должна иметь от руководителя работы или учреждения визу и сопроводительное отношение, написанные или напечатанные на бланке и заверенные подписью и печатью.

10. В конце статьи должны быть подписи всех авторов, полностью приведены их фамилии, имена и отчества, указаны служебный и домашний номера телефонов и адреса или иные координаты. Количество авторов (соавторов) не должно превышать пяти человек.

11. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи. Корректур авторам не высылаются, вся работа и сверка проводится по авторскому оригиналу.

12. Недопустимо направление в редакцию работ, представленных к печати в иных издательствах или опубликованных в других изданиях.

При нарушении указанных правил статьи не рассматриваются.

REQUIREMENTS

Please note, materials submitted to the Editorial Office Staff are supposed to meet the following requirements:

1. Articles must be provided with a double copy, in English or Russian languages and typed or computer-printed on a single side of standard typing paper, with the left margin of 3 centimeters width, and 1.5 spacing between the lines, typeface - **Times New Roman (Cyrillic)**, print size - 12 (referring to Georgian and Russian materials). With computer-printed texts please enclose a CD carrying the same file titled with Latin symbols.

2. Size of the article, including index and resume in English, Russian and Georgian languages must be at least 10 pages and not exceed the limit of 20 pages of typed or computer-printed text.

3. Submitted material must include a coverage of a topical subject, research methods, results, and review.

Authors of the scientific-research works must indicate the number of experimental biological species drawn in, list the employed methods of anesthetization and soporific means used during acute tests.

4. Articles must have a short (half page) abstract in English, Russian and Georgian (including the following sections: aim of study, material and methods, results and conclusions) and a list of key words.

5. Tables must be presented in an original typed or computer-printed form, instead of a photocopied version. **Numbers, totals, percentile data on the tables must coincide with those in the texts of the articles.** Tables and graphs must be headed.

6. Photographs are required to be contrasted and must be submitted with doubles. Please number each photograph with a pencil on its back, indicate author's name, title of the article (short version), and mark out its top and bottom parts. Drawings must be accurate, drafts and diagrams drawn in Indian ink (or black ink). Photocopies of the X-ray photographs must be presented in a positive image in **tiff format**.

Accurately numbered subtitles for each illustration must be listed on a separate sheet of paper. In the subtitles for the microphotographs please indicate the ocular and objective lens magnification power, method of coloring or impregnation of the microscopic sections (preparations).

7. Please indicate last names, first and middle initials of the native authors, present names and initials of the foreign authors in the transcription of the original language, enclose in parenthesis corresponding number under which the author is listed in the reference materials.

8. Please follow guidance offered to authors by The International Committee of Medical Journal Editors guidance in its Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals publication available online at: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html
http://www.icmje.org/urm_full.pdf

In GMN style for each work cited in the text, a bibliographic reference is given, and this is located at the end of the article under the title "References". All references cited in the text must be listed. The list of references should be arranged alphabetically and then numbered. References are numbered in the text [numbers in square brackets] and in the reference list and numbers are repeated throughout the text as needed. The bibliographic description is given in the language of publication (citations in Georgian script are followed by Cyrillic and Latin).

9. To obtain the rights of publication articles must be accompanied by a visa from the project instructor or the establishment, where the work has been performed, and a reference letter, both written or typed on a special signed form, certified by a stamp or a seal.

10. Articles must be signed by all of the authors at the end, and they must be provided with a list of full names, office and home phone numbers and addresses or other non-office locations where the authors could be reached. The number of the authors (co-authors) must not exceed the limit of 5 people.

11. Editorial Staff reserves the rights to cut down in size and correct the articles. Proof-sheets are not sent out to the authors. The entire editorial and collation work is performed according to the author's original text.

12. Sending in the works that have already been assigned to the press by other Editorial Staffs or have been printed by other publishers is not permissible.

**Articles that Fail to Meet the Aforementioned
Requirements are not Assigned to be Reviewed.**

ავტორთა საქურაღებოლ!

რედაქციაში სტატიის წარმოდგენისას საჭიროა დაიცვათ შემდეგი წესები:

1. სტატია უნდა წარმოადგინოთ 2 ცალად, რუსულ ან ინგლისურ ენებზე დაბეჭდილი სტანდარტული ფურცლის 1 გვერდზე, 3 სმ სიგანის მარცხენა ველისა და სტრიქონებს შორის 1,5 ინტერვალის დაცვით. გამოყენებული კომპიუტერული შრიფტი რუსულ და ინგლისურენოვან ტექსტებში - **Times New Roman (Кириллица)**, ხოლო ქართულენოვან ტექსტში საჭიროა გამოვიყენოთ **AcadNusx**. შრიფტის ზომა – 12. სტატიას თან უნდა ახლდეს CD სტატიით.

2. სტატიის მოცულობა არ უნდა შეადგენდეს 10 გვერდზე ნაკლებს და 20 გვერდზე მეტს ლიტერატურის სიის და რეზიუმეების (ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე) ჩათვლით.

3. სტატიაში საჭიროა გაშუქდეს: საკითხის აქტუალობა; კვლევის მიზანი; საკვლევი მასალა და გამოყენებული მეთოდები; მიღებული შედეგები და მათი განსჯა. ექსპერიმენტული ხასიათის სტატიების წარმოდგენისას ავტორებმა უნდა მიუთითონ საექსპერიმენტო ცხოველების სახეობა და რაოდენობა; გაუტკივარებისა და დაძინების მეთოდები (მწვავე ცდების პირობებში).

4. სტატიას თან უნდა ახლდეს რეზიუმე ინგლისურ, რუსულ და ქართულ ენებზე არანაკლებ ნახევარი გვერდის მოცულობისა (სათაურის, ავტორების, დაწესებულების მითითებით და უნდა შეიცავდეს შემდეგ განყოფილებებს: მიზანი, მასალა და მეთოდები, შედეგები და დასკვნები; ტექსტუალური ნაწილი არ უნდა იყოს 15 სტრიქონზე ნაკლები) და საკვანძო სიტყვების ჩამონათვალი (key words).

5. ცხრილები საჭიროა წარმოადგინოთ ნაბეჭდი სახით. ყველა ციფრული, შემაჯამებელი და პროცენტული მონაცემები უნდა შეესაბამებოდეს ტექსტში მოყვანილს.

6. ფოტოსურათები უნდა იყოს კონტრასტული; სურათები, ნახაზები, დიაგრამები - დასათაურებული, დანომრილი და სათანადო ადგილას ჩასმული. რენტგენოგრაფიების ფოტოასლები წარმოადგინეთ პოზიტიური გამოსახულებით **tiff** ფორმატში. მიკროფოტოსურათების წარწერებში საჭიროა მიუთითოთ ოკულარის ან ობიექტივის საშუალებით გადიდების ხარისხი, ანათალების შედეგების ან იმპრეგნაციის მეთოდი და აღნიშნოთ სურათის ზედა და ქვედა ნაწილები.

7. სამამულო ავტორების გვარები სტატიაში აღინიშნება ინიციალების თანდართვით, უცხოურისა – უცხოური ტრანსკრიპციით.

8. სტატიას თან უნდა ახლდეს ავტორის მიერ გამოყენებული სამამულო და უცხოური შრომების ბიბლიოგრაფიული სია (ბოლო 5-8 წლის სიღრმით). ანბანური წყობით წარმოდგენილ ბიბლიოგრაფიულ სიაში მიუთითეთ ჯერ სამამულო, შემდეგ უცხოელი ავტორები (გვარი, ინიციალები, სტატიის სათაური, ჟურნალის დასახელება, გამოცემის ადგილი, წელი, ჟურნალის №, პირველი და ბოლო გვერდები). მონოგრაფიის შემთხვევაში მიუთითეთ გამოცემის წელი, ადგილი და გვერდების საერთო რაოდენობა. ტექსტში კვადრატულ ფხიხლებში უნდა მიუთითოთ ავტორის შესაბამისი N ლიტერატურის სიის მიხედვით. მიზანშეწონილია, რომ ციტირებული წყაროების უმეტესი ნაწილი იყოს 5-6 წლის სიღრმის.

9. სტატიას თან უნდა ახლდეს: ა) დაწესებულების ან სამეცნიერო ხელმძღვანელის წარდგინება, დამოწმებული ხელმოწერითა და ბეჭდით; ბ) დარგის სპეციალისტის დამოწმებული რეცენზია, რომელშიც მითითებული იქნება საკითხის აქტუალობა, მასალის საკმაობა, მეთოდის სანდოობა, შედეგების სამეცნიერო-პრაქტიკული მნიშვნელობა.

10. სტატიის ბოლოს საჭიროა ყველა ავტორის ხელმოწერა, რომელთა რაოდენობა არ უნდა აღემატებოდეს 5-ს.

11. რედაქცია იტოვებს უფლებას შეასწოროს სტატია. ტექსტზე მუშაობა და შეჯერება ხდება საავტორო ორიგინალის მიხედვით.

12. დაუშვებელია რედაქციაში ისეთი სტატიის წარდგენა, რომელიც დასაბეჭდად წარდგენილი იყო სხვა რედაქციაში ან გამოქვეყნებული იყო სხვა გამოცემებში.

აღნიშნული წესების დარღვევის შემთხვევაში სტატიები არ განიხილება.

Содержание:

Дубченко В.С., Макаренко А.Н., Крячкова Л.В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ НИЖНЕЙ И СРЕДИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕТОДИКАМИ «SUBLAY» И «TAPP»	7
Balytskyu V., Zakharash M., Kuryk O. THE RESULTS OF SURGICAL TRATMENT OF COMBINED ANORECTAL DISEASES USING RADIO-FREQUENCY AND HIGH-FREQUENCY ELECTROSURGICAL DEVICES	13
Agdgomelashvili I., Mosidze B., Merabishvili G., Demetrashvili Z. COMPARISON OF THE PATIENT-CONTROLLED EPIDURAL AND INTRAVENOUS ANALGESIA AFTER OPEN COLORECTAL SURGERY: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL.....	19
Филип С.С., Русин В.В., Гаджега И.И. ТРАНСФАЦИАЛЬНЫЙ ТРОМБОЗ В БАССЕЙНЕ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ.....	24
Gurgenidze M., Magalashvili D., Akhmeteli L., Nemsadze G., Lomidze N. MANAGEMENT OF ESOPHAGEAL PERFORATION: A CASE REPORT.....	28
Javrishvili V., Aleksidze A., Shurgaia A., Todria M. ROLE OF DIACARAB (ACETAZOLAMIDE) AND TIMOLOL PREMEDICATION IN PREVENTION OF CATARACT PHACOEMLUSIFICATION COMPLICATIONS	35
Помпий А.А., Борисенко Е.Н., Керимова Т.Н., Помпий Э.С. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЯМОЙ РЕСТАВРАЦИИ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ РАЗЛИЧНЫМИ ФОТОКОМПОЗИТНЫМИ МАТЕРИАЛАМИ	38
Гуйгер О.С., Олейников А.А., Мжаванадзе Н.Д., Калиновский С.И. ПРИМЕНЕНИЕ ОКРАШИВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА ТЕЧЕНИЕМ СКРЫТЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НА ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА С ПОМОЩЬЮ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗОВ	43
Slabkovskaya A., Divnich A., Abramova M., Slabkovsky R., Alimova A., Lukina G. CLINICAL AND RADIOGRAPHIC CHANGES FOLLOWING ORTHODONTIC INTRUSION OF OVERERUPTED MAXILLARY MOLARS WITH TWO MINI-IMPLANTS	50
Zrazhevskaya A., Savonik S. CORRECTION OF DENTAL ARCHES DIMENSIONS IN CHILDREN WITH DENTITION DEFECTS IN THE PERIOD OF MIXED OCCLUSION USING NON-REMOVABLE ORTHODONTIC PROSTHESIS APPLIANCE.....	56
Horlenko O., Lenchenko A., Pushkarenko O., Kossey G., Tomey A. IMPAIRMENT OF PEROXISOME BIOGENESIS IN THE SPECTRUM OF ZELLWEGER SYNDROME (CLINICAL CASE).....	60
Pryvalova N., Shatillo A., Tantsura L., Pylypets O., Tretiakov D. APPLICATION OF SERIAL MOTOR REACTION INDICATORS AS MARKERS OF FUNCTIONAL CONDITION DYNAMICS IN CHILDREN WITH EPILEPSY.....	67
Patsia L., Lartsuliani K., Intskirveli N., Ratiani L. LIPOMATOUS HYPERTROPHY OF THE INTERATRIAL SEPTUM – A BENIGN HEART ANOMALY CAUSING UNEXPECTED PROBLEM IN ELECTROPHYSIOLOGY (CASE REPORT).....	72
Netyazhenko V., Bazhenova N. THE INFLUENCE OF HYPERCHOLESTEROLEMIA AND CONCOMITANT STATIN THERAPY ON THE STATE OF PLATELET-PLASMA HEMOSTASIS IN PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION AND NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE	75
Asanov E., Duzhak G., Golubova Y., Dyba I., Asanova S. APPLICATION OF HYPOXIC TRAINING IN ELDERLY PATIENT WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE: IMPACT ON THE STATE OF MICROCIRCULATION	81
Dzhun Ya., Mankovsky G., Rudenko N., Mankovsky B., Marushko Ye. THE EFFECT OF INCREASED ADHERENCE TO GLYCEMIC CONTROL ON CORONARY HEART DISEASE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CONCOMITANT IMPAIRED GLUCOSE METABOLISM	86

Kolov G., Grytsay M., Tsokalo V., Fishchuk L., Rossokha Z. VARIANTS OF IL1 (C3954T, RS1143634), PON1 (C108T, RS705379) GENES AS PROGNOSTIC MARKERS OF OSTEOMYELITIS RISK AND ITS COMPLICATIONS	93
Iaremenko O., Mykytenko G. ACHIEVEMENT OF CLINICAL REMISSION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS DEPENDING ON THE ACCP- AND RF-SEROLOGICAL STATUS	99
Bochorishvili E., Abramidze T., Gotua M. EVALUATION OF ANTINUCLEAR ANTIBODIES IN GEORGIAN ALLERGIC PATIENTS POLYSENSITIZED WITH CROSS REACTIVE ALLERGENS	105
Кайсинова А.С., Ачабаева А.Б., Старокожко Л.Е., Гайдамака И.И., Кайсинова Е.К., Казаков В.Ф. ПРИРОДНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ФАКТОРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	110
Panchulidze M., Grdzeldze T., Kvanchakhadze R. INFLUENCE OF VARIOUS FACTORS ON THE VITAMIN D LEVELS IN MENOPAUSAL WOMEN LIVING IN KVEMO KARTLI	114
Jgarkava M., Pantsulaia I., Rukhadze R., Karanadze N., Chikovani T. ASSOCIATION OF IL-10 AND RESISTIN IN APPARENTLY HEALTHY ELDERLY POPULATION	119
Oberkanins C., Pagava K., Babikyan D., Korinteli I.A., Phagava H., Hayrapetian H., Kriegshäuser G., Sarkisian T. ALPHA- AND BETA-GLOBIN GENE MUTATIONS IN GEORGIA AND ARMENIA	124
Botchorishvili N., Mikeladze N., Dzagnidze A., Mikava N., Janelidze M. EVALUATION OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS USING GEORGIAN LANGUAGE MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT	128
Волошина Н.П., Василовский В.В., Негреба Т.В., Сухоруков В.В., Киржнер В.М. КЛИНИКО-МАТЕМАТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ХАРАКТЕРОМ ПРОГНОЗА И ОСОБЕННОСТЯМИ ДЕБЮТОВ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	132
Dolidze T., Makharadze M., Uchaneishvili S., Nioradze N., Laliashvili L. NEW ASPECTS OF THE INTERACTION OF COPPER (II) WITH SERUM ALBUMIN: VOLTAMMETRIC AND MICROCALORIMETRIC STUDIES	139
Semenenko S., Semenenko A., Khrebtii H., Bodnar R., Semenenko N. THE EFFECT OF ADEMOL ON THE DNA FRAGMENTATION OF CEREBRAL CORTEX CELLS IN RATS WITH EXPERIMENTAL TRAUMATIC BRAIN INJURY	143
Tavdishvili E., Modebadze I., Bakuradze E., Rusishvili L., Berulava M., Dzidziguri D. ISOLATION AND COMPERATIVE STUDY OF THE GROWTH INHIBITING THERMOSTABLE PROTEIN COMPLEX FROM THE BONE MARROW OF THE ADULT MICE	147
Jaliashvili Z., Medoidze T., Melikishvili Z., Chanishvili A., Petriashvili G., Lomidze L. LASER INDUCED FLUORESCENCE OF SKIN: SUPERPOSITION OF SPECTRAL INTENSITIES	151
Nadiradze I., Chigogidze N. “AMPHICEZINE”: NEW APPROACHES TO FIGHTING CANCER PRELIMINARY THEORETICAL AND EXPERIMENTAL (IN VITRO) MESSAGE	156
Найдушок I. SUPPORTIVE PHARMACOTHERAPY FOR SYSTEMIC AUTOIMMUNE DISEASES WITH HYPERIMMUNOCOMPLEX SYNDROME (EXPERIMENTAL RESEARCH)	159
Кравченко И.Г., Рудык Ю.С., Меденцева Е.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НОВОГО КЛАССА ИНОТРОПНЫХ СРЕДСТВ - ПРЯМОГО АКТИВАТОРА МИОЗИНА КАРДИОМИОЦИТОВ ОМЕКАМТИВ МЕКАРБИЛА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	165
Корчева Т.В., Невельская-Гордеева Е.П. ПРАВОВЫЕ И МОРАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭВТАНАЗИИ	172

რეზიუმე

ფრონტალური კბილების სხვადასხვა ფოტოკომპოზიტიური მასალით პირდაპირი რესტავრაციის ეფექტურობის კვლევა

ა.პომპი, ე.ბორისენკო, ტ.კერიმოვა, ე.პომპი

ლუგანსკის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, რუბეჟნოვ, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა კბილების მაგარი ქსოვილების დეფექტების სხვადასხვა ფოტოკომპოზიტიური მასალის გამოყენებით აღდგენის კლინიკური ეფექტურობის შეფასება.

კლინიკური კვლევისათვის შერჩეულია 116 მოზრდილი, 18-40 წლის ასაკის პაციენტი IV კლასის კარიესით ბლექის მიხედვით, ან შეუძღვარი რესტავრაციით ზედა ების ცენტრალურ და ლატერალურ საჭრელ კბილებზე. პაციენტები, გამოყენებული ფოტოკომპოზიტიური მასალის მიხედვით, დაიყო ჯგუფებად: I ჯგუფის პაციენტებში აღდგენილი იყო 58 კბილი ნანოკერამიკული ფოტოკომპოზიტიური მასალით CeramXOne, Dentsply (გერმანია); II ჯგუფის პაციენტებში 59 ფრონტალური კბილის სამკურნალოდ გამოყენებული იყო მიკროპიბ-

რიდული კომპოზიტი Gradia Direct, GC (იაპონია); III ჯგუფის პაციენტებში 57 რესტავრაცია ჩატარდა მიკროშემავსებლიანი ფოტოკომპოზიტით EsteliteΣQuick, Tokuyama Dental (იაპონია); IV ჯგუფის პაციენტებს 62 რესტავრაცია ჩატარდა ნანოშემავსებლიანი მასალით Omnichroma, Tokuyama Dental (იაპონია).

12, 24, 36 და 48 თვის შემდეგ პაციენტებს ჩატარდა საკონტროლო დათვალიერება, რომლის დროსაც შეფასდა დამზადებული რესტავრაციების შესაბამისობა კლინიკურ კრიტერიუმებთან და სხვადასხვა მასალით ჩატარებული მკურნალობის შედეგები.

48 თვის შემდეგ 98,2%-იანი ეფექტურობა აღენიშნა რესტავრაციებს III ჯგუფის პაციენტებში; იგივე მაჩვენებლები II, IV და I ჯგუფის პაციენტებში იყო ნაკლები და შეადგენდა, შესაბამისად, 94,9%-, 90,3%- და 87,9%-ს. რესტავრაციათა ექსპლოატაციის პროცესში გამოვლენილ ყველაზე გავრცელებულ გართულებას წარმოადგენდა რეტენციის და ფოტოკომპოზიტის კიდურა შესაზღვრების დარღვევა კბილების მაგარ ქსოვილებთან.

ფრონტალური კბილების რესტავრაციის საიმედოობა, დეფექტების აღდგენისათვის გამოყენებული ფოტოკომპოზიტიური მასალების ჯგუფის მიხედვით, განსხვავებულია. ყველაზე მაღალი კლინიკური ეფექტურობა გააჩნია მიკროშემავსებლიანი მასალისაგან დამზადებულ რესტავრაციებს.

ПРИМЕНЕНИЕ ОКРАШИВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА ТЕЧЕНИЕМ СКРЫТЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НА ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА С ПОМОЩЬЮ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗОВ

Гуйтер О.С., Олейников А.А., Мжаванадзе Н.Д., Калиновский С.И.

Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, Россия

Хроническое воспаление слизистой оболочке полости рта является частым осложнением удаления зубов и других хирургических вмешательств, а также механического воздействия ортопедических конструкций. В большинстве случаев воспалительные явления после хирургических вмешательств при отсутствии осложнений закономерно снижаются в течение первых 4-6 суток и заменяются фазой образования грануляций, завершающейся эпителизацией раневой области [7]. Однако на дальнейших этапах лечения, в том числе и на этапе ортопедического лечения сохраняется вероятность перехода воспаления в хроническую фазу. Неугасающее воспаление переходит в статус хронического, в случае его продолжительности более 20 суток [12], на данном этапе объективно патологические изменения могут быть не замечены. Патологические процессы, происходящие в очаге хронического воспаления, часто приводят к

тканевым перестройкам, деформациям мягких тканей протезного ложа и, в конечном итоге, к инициации резорбции подлежащей костной ткани у протезоносителей [17]. Причинами хронического течения воспаления является гипоксия, ишемия, повторяющаяся травматизация, функциональная перегрузка тканей, погрешности при хирургических вмешательствах. Исходя из вышеизложенного, ранняя диагностика и предупреждение перехода воспаления в хроническую фазу с целью снижения вероятности развития нежелательных деструктивных процессов в мягких и костных тканях полости рта является весьма значимой проблемой и требует неотлагательного решения.

В стоматологии широко известна проба Шиллера-Писарева, которая в классическом варианте применяется для определения степени воспалительных явлений при хронических заболеваниях пародонта [1]. В качестве диагности-

ческого маркера в данной пробе используется раствор Люголя, в состав которого входит 1 г кристаллического йода, 2 г йодида калия, 40 мл дистиллированной воды, также может быть использован другой аналогичный йодсодержащий раствор для диагностики воспалительного очага, например «Колор-Тест №1». Раствор может наноситься на исследуемый участок в виде капли, либо с помощью кисточки или ватного тампона. Механизм действия пробы основан на гистохимическом окрашивании молекул гликогена компонентами раствора [4]. Это объясняется тем, что в очаге воспаления значительно повышается содержание гликогена, как одного из основных энергетических источников для клеточных и гликолитических биохимических реакций, происходящих на всех стадиях воспаления [2]. При воспалении гликоген присутствует в адвентиции вновь образующихся в очаге повреждения сосудов [7], исходя из этого можно косвенно судить о происходящих процессах ангиогенеза и параметрах плотности сосудистой сети в исследуемом участке слизистой оболочки. Кроме гликогена компоненты раствора взаимодействуют с воспалительным ферментом кислой фосфатазы, которая преобладает в лизосомах и эндоплазматической сети клеток хронического продуктивного воспаления, а также с воспалительным ферментом неспецифической эстеразы [5]. Таким образом, интенсивность окрашивания позволяет судить о выраженности воспалительных явлений, а также выявлять скрытые очаги воспаления, протекающего в хронической форме. Интерпретация пробы основана на визуальной оценке интенсивности цвета окраски слизистой оболочки, по которой эмпирически судят о выраженности воспаления. Более высокая интенсивность окрашивания слизистой оболочки, проявляющаяся в виде темно-бурого цвета, обусловлена более активной продукцией молекул гликогена в области очага воспаления, превышающей ее уровень в интактной слизистой [13]. Таким образом, данный метод является информативным и эффективным с точки зрения экспресс-диагностики воспалительных осложнений на этапах раннего и отдаленного ортопедического лечения.

Что касается ортопедической реабилитации, возможность сформировать протезное ложе с заданными характеристиками после хирургических вмешательств является актуальным вопросом. Так, для формирования ложа постоянного протеза обычно используется широко известная методика имедиат-протезирования, применяемая непосредственно после хирургических вмешательств и позволяющая контролировать динамику воспалительных изменений и репарации в полости рта [9]. Применение непосредственных формирующих ортопедических конструкций имеет особое значение с точки зрения стимуляции ранозаживления, скорейшего формирования буферных и функциональных опорных зон съемных протезов, изоляции раневой или эпителизирующейся поверхности от раздражителей и различных пищевых веществ [8]. Ранние методы протезирования позволяют в кратчайшие сроки заместить утраченные вследствие удаления зуба и участки зубных рядов, что положительно сказывается на поддержании функций жевания, артикуляции, речи пациента и обеспечивает эффективность дальнейшего лечения [11]. Данная технология имеет преимущество в скорости изготовления ортопедической конструкции, а немедленное протезирование, в целом, благоприятно влияет на процесс реабилитации пациента после стоматологического хирургического вмешательства [9]. Существенным недостатком непосредственных протезов является относительно низкая точность прилегания к протезно-

му ложу в сравнении с протезами, которые изготавливаются по традиционной технологии [16]. Съемные пластиночные протезы по способу передачи жевательного давления являются нефизиологичными, так как распределение нагрузки осуществляется преимущественно на беззубые участки слизистой оболочки протезного ложа и, соответственно, на подлежащий альвеолярный отросток челюсти. В связи с этим, пластиночный протез должен обладать высокой точностью и не провоцировать воспалительные изменения в подлежащей слизистой оболочке и подслизистой основе протезного ложа за счет неравномерной функциональной нагрузки. Непосредственные и ранние протезы выполняют активную формирующую функцию. За счет жесткости акрилового базиса протеза представляется возможным создать определенное дозированное давление на слизистую оболочку. Таким образом, изменения в конструкции способны сформировать необходимый рельеф протезного ложа для последующего постоянного протезирования. Исходя из теории буферных зон Е.И. Гаврилова слизистая оболочка обладает определенной податливостью в различных участках челюсти, что объясняется способностью кровеносных сосудов к изменению объема кровяного русла. Под воздействием протеза сосудистое русло достаточно быстро реагирует на нагрузку изменяя свой объем, создается кратковременная ишемия тканей, что влияет на структурно-функциональные изменения тканей протезного ложа и процессы ангиогенеза [3,14]. При этом, нарушения гемодинамики, компрессия, механическое повреждение слизистой оболочки являются значимыми факторами в инициации воспаления и формировании его хронического течения. Раннее протезирование должно обеспечивать равномерное распределение жевательной нагрузки, исключать избыточную компрессию слизистой оболочки и подслизистой основы, обладать способностью к поддержанию оптимального состояния сосудистого русла мягких тканей протезного ложа [10]. Последний фактор заключается в отсутствии гиперемических изменений, либо вазоконстрикции в области протезного ложа. Баланс тканевой перфузии и распределения кровенаполнения в буферных зонах обеспечиваются равномерной функциональной нагрузкой, создаваемой базисом протеза на слизистую оболочку. Для формирования вышеприведенных условий адекватного метаболизма слизистой оболочки при изготовлении съемных формирующих конструкций необходимо учитывать факторы оптимальной стабилизации и ретенции имедиат-протезов. Приведенные выше требования к формирующим имедиат-протезам учитываются на этапе изготовления и коррекции протеза. Для реализации данной задачи нами предложено применение диагностического окрашивания с целью коррекции алгоритмов раннего протезирования и устранения факторов, провоцирующих хроническое воспаление на этапе формирования слизистой оболочки протезного ложа.

Цель исследования - оптимизация контроля за течением скрытых воспалительных явлений в области протезного ложа у пациентов с частичным отсутствием зубов вследствие хирургического удаления на этапе пользования съемными пластиночными имедиат-протезами.

Материал и методы. На базе кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний РязГМУ проведено исследование с участием 14 пациентов: 4 женщины и 10 мужчин, в возрасте от 28 до 71 года.

В исследование включены пациенты, которым прово-

длись хирургические операции удаления зубов. Всем пациентам, включенным в исследование, после хирургического вмешательства поставлен диагноз в соответствии с классификацией МКБ-10: K08.1 – Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни.

Критерием включения в исследование являлось соответствие состояния зубных рядов пациентов определенным группам классификации Эйхнера, которая используется для оценки функциональной ценности сохранившихся зубов в зависимости от наличия антагонизирующих пар зубов в опорных зонах челюстей [15]. Включение в исследование приведенных ниже групп связано с тем, что в данных клинических ситуациях состояние зубных дуг пациентов имеет тенденцию к отсутствию контактов антагонистов в опорных зонах зубных рядов, что потенциально может провоцировать функциональную перегрузку протезного поля.

Исходя из критериев включения пациенты были распределены следующим образом: группа А3 – 3 пациента; группа В2 – 3 пациента; группа В3 – 4 пациента; группа В4 – 2 пациента; группа С1 – 2 пациента.

В исследование не были включены пациенты, у которых были установлены: хронические специфические и неспецифические инфекции и заболевания слизистой оболочки полости рта, наличие в анамнезе сахарного диабета и других заболеваний, влияющих на трофические изменения слизистых оболочек, а также пациенты с полным отсутствием зубов на обеих челюстях.

Пациенты были разделены на 2 группы:

- I группа включала 7 пациентов, которым проведено изготовление пластиночных протезов и их перебазировка под контролем предварительного диагностического окрашивания слизистой оболочки в месте хирургического вмешательства;

- II группа включала 7 пациентов, которым проведено изготовление пластиночных протезов и их перебазировка традиционным способом, без предварительного диагностического окрашивания слизистой оболочки в месте хирургического вмешательства.

Для проведения исследования разработан способ диагностической маркировки участка слизистой оболочки полости рта для выявления скрытого воспаления, определения его интенсивности и косвенной оценки повышения плотности сосудистой сети в исследуемом участке. В предложенном способе использовался диагностический йодосодержащий раствор «Колор-Тест №1», содержащий йод, йодистый калий и основу (дистиллированная вода). Для зонирования исследуемого участка использовалась стоматологическая самоклеящаяся изолирующая пленка «Диплен Дента С» с содержанием солкосерила квадратной формы размером 2 см², имеющая круглое отверстие с диаметром 1,5 см.

Проведение способа проводилось следующим образом: перед началом пробы исследуемый участок слизистой оболочки полости рта высушивался воздухом, пленка для проведения способа накладывалась на исследуемый участок слизистой оболочки полости рта. Отмерялся 1 мл раствора «Колор-Тест №1». Через круглое отверстие в пленке посредством шприца наносился 1 мл диагностического раствора на поверхность слизистой (Рис. 1). При этом наружный гидрофобный слой пленки позволил изолировать исследуемый участок.

Сразу после нанесения раствора оценивали интенсив-

ность окраски слизистой оболочки по трехцветной шкале, где:

- соломенно-желтый цвет – отрицательный показатель (воспаление отсутствует);
- светло-коричневый – слаболожительный (невыраженное воспаление);
- темно-бурый – положительный (выраженное воспаление).

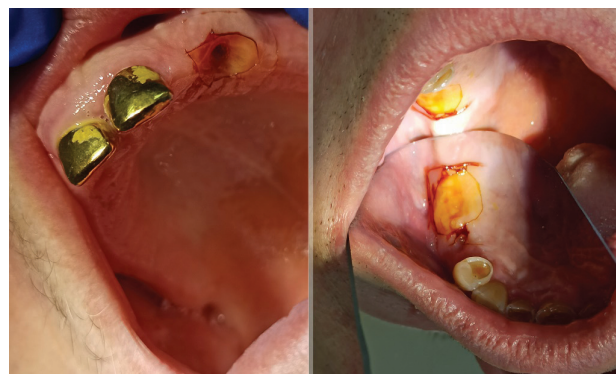


Рис. 1. Окрашивание слизистой оболочки исследуемого участка диагностическим раствором «Колор-Тест №1» перед этапом изготовления протезов

Проба проводилась в местах хирургических вмешательств, непосредственно входящих в область протезного ложа, а также в области здоровой слизистой оболочки для возможности сравнения результатов пробы.

Окрашивание проводилось в различных фазах заживления операционной раны, в различные сроки формирования протезного ложа с учетом возможности перехода воспаления в хроническую стадию. Алгоритм проведения исследования приведен в таблице 1.

По поводу установленного клинического диагноза пациентам на 5 день после хирургического вмешательства была проведена ранняя ортопедическая реабилитация с помощью частичных съемных акриловых пластиночных протезов на верхней и/или нижней челюсти с кламмерной системой фиксации. Протяженность замещения дефектов зубных рядов протезами составила от 4 до 10 зубов. Альгинатные рабочие и вспомогательные оттиски были получены на 3 день после хирургического вмешательства. После получения оттисков изготавливались жесткие акриловые базисы с прикусными валиками для определения центрального соотношения челюстей. В первой группе показатели окрашивания учитывались при изготовлении базисов будущих протезов – проведена дополнительная изоляция участков базиса в проекции зон выраженного воспаления. На 5 день готовые протезы накладывались на протезное ложе каждому пациенту. На 20 день после хирургического вмешательства при благоприятных условиях формирования послеоперационных дефектов слизистой оболочки в области удаленных зубов проводилась перебазировка имediat-протезов непрямым способом с целью улучшения их функциональных и эксплуатационных качеств. На 10 и 30 дни проводилось контрольное диагностическое окрашивание в обеих группах пациентов.

Результаты и обсуждение. После изготовления и наложения протезов эффективность метода контроля воспаления с помощью диагностического окрашивания на этапах протезирования оценивались по нижеприведенным критериям, указанным в таблице 2. Результаты метода про-

Таблица 1. Этапы ортопедической реабилитации и контроля состояния воспаления слизистой оболочки протезного ложа

День окрашивания	Этапы лечения и оценка результатов методов протезирования	Варианты учета показателей окрашивания слизистой оболочки полости рта на этапах лечения	
		I группа	II группа
3 день	Получение оттисков, изготовление жестких базисов протезов, определение центрального соотношения челюстей	Учет показателей окрашивания при изготовлении жестких базисов протезов	Изготовление жестких базисов протезов традиционным способом
5 день	Наложение готовых протезов в полость рта	Учет показателей окрашивания при выявлении зон избыточного давления базиса протеза на воспаленные участки слизистой оболочки	Выявление зон избыточного давления базиса протеза на воспаленные участки слизистой оболочки традиционным способом
10 день	Контрольное диагностическое окрашивание в обеих группах пациентов	Учет показателей окрашивания	
20 день	Перебазировка протезов в обеих группах пациентов	Учет показателей окрашивания при перебазировке базиса протеза	Перебазировка базиса протеза традиционным способом
30 день	Контрольное диагностическое окрашивание в обеих группах пациентов	Учет показателей окрашивания	

Таблица 2. Эффективность метода имедиат-протезирования в зависимости от удобства пользования протезами и выраженности поврежденных слизистой оболочки протезного ложа

Сроки оценки	I группа	II группа
Общее количество коррекций с 6 по 20 день	4	8
Общее количество коррекций с 20 по 30 день (после перебазировки)	1	4
	Выраженность повреждений слизистой оболочки протезного ложа, выявленная при коррекции в группах пациентов по шкале от «+» до «++++»	
На 10 день	++	++++
На 20 день	+	+++
На 30 день	-	++
	Частота предъявляемых пациентами жалоб по шкале от «+» до «++++»	
На 10 день	++	++++
На 20 день	+	+++
На 30 день	+	++

тезирования, проведенного под контролем окрашивания сравнивались с результатами в группе пациентов, которым протезирование проводилось традиционным методом без учета диагностического окрашивания слизистой оболочки протезного ложа.

Исходя из полученных результатов следует отметить, что до перебазировки протезов на 20 день пациенты из I группы вдвое реже обращались с жалобами по поводу коррекций. После перебазировки в данной группе проведена только

одна коррекция, соответственно, количество незапланированных посещений существенно снизилось.

Динамика разрешения воспалительных явлений, отмечаемая объективно и с помощью окрашивания во время контрольных явок представлена в таблице 3.

Сравнительная динамика восстановления оценивалась по критериям продуктивности воспаления и заживления области хирургического вмешательства на 10 день после оперативного вмешательства (на 5 день пользования протезом),

Таблица 3. Объективные критерии динамики разрешения воспалительных явлений в области хирургических вмешательств

Показатели	I группа			II группа		
	10 день	20 день	30 день	10 день	20 день	30 день
Отечность	1 пац.	1 пац.	-	4 пац.	3 пац.	2 пац.
Гиперемия	1 пац.	1 пац.	-	3 пац.	2 пац.	1 пац.
Болезненность при пальпации	1 пац.	-	-	2 пац.	2 пац.	1 пац.
Интенсивность окрашивания						
Желто-соломенный	4 пац.	6 пац.	7 пац.	1 пац.	3 пац.	5 пац.
Светло-коричневый	3 пац.	1 пац.	-	4 пац.	3 пац.	2 пац.
Темно-бурый	-	-	-	2 пац.	1 пац.	-

что соответствует оптимальному сроку формирования первичного рубца в области операционной раны [7]. Повторная оценка критериев проводилась на 20 день. Следует отметить, что присутствие светло-коричневого и, в особенности, темно-бурого цвета окраски слизистой оболочки в месте хирургического вмешательства на 20 день с высокой достоверностью указывает на переход воспаления в хроническую стадию. Исходя из данных сравнения результатов контрольных осмотров, у пациентов I группы динамика разрешения воспалительных явлений была более активной, чем во II группе. У большинства пациентов I группы явные признаки воспаления к 20 дню исследования практически отсутствовали, что позволяет судить о завершении воспаления в оптимальные сроки. Большое количество интенсивно окрашенных участков слизистой оболочки в области хирургических вмешательств у пациентов II группы к 20 дню указывает на наличие более выраженного воспаления в исследуемой области и о тенденции перехода в хроническую стадию. Такая динамика объясняется тем, что этапы изготовления и перебазировки имедиат-протезов проводились без учета результатов диагностического окрашивания, чем и подтверждается, что базис пластиночного протеза в данной группе оказывал избыточное неконтролируемое давление на подлежащие участки протезного ложа в области хирургического вмешательства, что ведет к непродуктивности воспаления. Результаты 30-дневного наблюдения выявили, что контроль воспаления и локальная работа с областями функциональной перегрузки мягких тканей протезного ложа в области хирургических вмешательств с помощью диагностического окрашивания в I группе пациентов обеспечила полное разрешение воспалительных явлений, у 2 пациентов II группы в данный срок сформировалась тенденция к сохранению процесса хронического воспаления.

Выводы.

Установлено, что своевременное определение провоцирующих воспаление факторов на ранних сроках после хирургических вмешательств при ортопедическом стоматологическом лечении позволило предотвратить переход воспаления в хроническую стадию.

Число коррекций протезов в I группе пациентов за весь период лечения составило на 41% меньше, чем в группе, в которой этапы протезирования проводились без учета окрашивания. Пациенты I группы предъявляли жалобы на боли и неудобство пользования протезом, в среднем, на 50% реже, чем пациенты II группы, что существенно сократило количество незапланированных посещений клиники. Контрольные итоговые результаты окрашивания слизистой оболочки протезного ложа с целью определения наличия

хронического воспаления после протезирования показали, что в I группе полное разрешение воспалительных явлений наступило на 33% быстрее, чем у пациентов II группы. Во II группе вялотекущий хронический воспалительный процесс не прекратился к 30 дню проведения исследования у 50% пациентов. На заключительном этапе исследования оценивалось качество формирования слизистой оболочки протезного ложа у пациентов обеих групп. Данный критерий является решающим фактором успешности дальнейшего постоянного протезирования. Оценка формирования ложа показала, что у большинства пациентов I группы рельеф протезного ложа был равномерным, избыточная подвижность слизистой оболочки отсутствовала, признаков отека и застойных явлений в области протезного ложа не наблюдалось. Таким образом, по результатам исследования эффективность ортопедического лечения с помощью имедиат-протезов с учетом показателей контрольного окрашивания более высокая, чем в случаях, когда раннее ортопедическое лечение осуществляется без какого-либо контроля, учета воспаления и функциональной перегрузки мягких тканей протезного ложа в области хирургических вмешательств. С помощью разработанной методики окрашивания слизистой оболочки полости рта при хирургических вмешательствах у исследуемой (I) группы пациентов оптимизированы этапы контроля за воспалительными явлениями в области протезного ложа базисов имедиат-протезов. В результате проведенного исследования установлено, что раннее выявление очагов хронического воспаления в области протезного ложа позволяет своевременно скорректировать тактику ортопедического лечения путем трансформации базисов имедиат-протезов, что в целом повышает качество раннего протезирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иорданишвили А.К., Бельских О.А., Музыкин М.И., Тишков Д.С. Эффективность стоматологических лечебно-профилактических мероприятий при патологии зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта у лиц, страдающих хронической болезнью почек. Пародонтология. 2016;21(1):48-52.
2. Быкова Н.И., Кобылкина Т.Л., Лайпанова Ф.М., Адамчик А.А. Активность окислительно-восстановительных, гликолитических ферментов и фосфатаз при гранулематозном периодонтите. Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2016;60(4):55-58.

3. Верховский А.Е. Лечение пациентов с частичным и полным отсутствием зубов съёмными акриловыми протезами (клинико-экспериментальное исследование). Автореф. дис. канд. мед. наук. Смоленск, 2015.

4. Вирабян В.А. Оценка воспалительного процесса в полости рта на основе биопотенциалометрии. Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. 2015;17(2):63-64.

5. Дурново Е.А., Беспалова Н.А., Янова Н.А., Корсакова А.И. Анализ хирургических методов увеличения ширины кератинизированной прикрепленной десны. Научный послы высшей школы – реальные достижения практического здравоохранения: Сборник научных трудов, посвященный 30-летию стоматологического факультета Приволжского исследовательского медицинского университета. Нижний Новгород: Ремедиум Приволжье; 2018.

6.Е.В. Кондюрова, Т.И. Власова, В.А. Трофимов, А.П. Власов, Р.А. Адамчик, В.В. Акимов, Е.А. Ташина. Состояние тромбоцитарного звена системы гемостаза в патогенезе прогрессирования хронического пародонтита. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2019;27(2):209-218. <https://doi.org/10.23888/PAVLOVJ2019272209-218>

7. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. М.: Рипол Классик; 2009.

8. Лесных Н.И., Кунин В.А., Шумилович Б.Р. Непосредственные протезы в комплексной реабилитации пациентов с нарушением функций зубочелюстной системы после оперативных вмешательств. Воронеж: Воронежская медицинская академия; 2013.

9. Митин Н.Е., Перминов Е.С., Калиновский С.И., Чекренева Е.Е. Исследование качества жизни стоматологических больных, использующих имедиат-протезы в период после экстракции зуба до проведения имплантации. Вестник Авиценны. 2019;21(4):625-631. <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-4-625-631>

10. Прохвятилов О.Г. Оценка эффективности пользования полными съёмными протезами нижней челюсти в зависимости от выраженности атрофии тканей протезного ложа. Автореф. дис. канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2015.

11. Разживина М.И., Уланова Н.Н. Особенности приверженности лечению и типа отношения к болезни пациентов терапевтического и хирургического профиля. Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2021;9(1-32):76-82. <https://doi.org/10.23888/humJ2021176-82>

12. Семинский И.Ж., Майборода А.А. Структурные критерии хронизации воспаления. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2001;27(2):19-22.

13. Скрипникова Т.П., Хавалкина Л.М., Хмиль Т.А., Удалцова-Гродзинская К.А., Сидельников А.Э. Применение зубной пасты содержащей природный минерал для профилактики кариеса и заболеваний тканей пародонта у лиц молодого возраста. Вісник проблем біології і медицини. 2019;2(1 ч. 2):372-376.

14. Стрельникова Е.А., Трушкина П.Ю., Суров И.Ю., Короткова Н.В., Мжаванадзе Н.Д., Деев Р.В. Эндотелий *in vivo* и *in vitro*. часть 1: гистогенез, структура, цитофизиология и ключевые маркеры. Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2019;7(3):450-465. <https://doi.org/10.23888/HMJ201973450-465>

15. Утуж А.С., Юмашев А.В., Кудасова Е.О. Технология изготовления бюгельных протезов. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2021.

16. Харитонов Д.Ю., Митин Н.Е., Гришин М.И. Новый способ внесения лекарственных препаратов на раневую поверхность при непосредственном зубочелюстном протези-

ровании. Клинико-экспериментальное исследование. Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2015;23(4):116-120.

17. Зверхановский А.А., Яровая А.В., Максименко П.В. Оптимизация конструкции полного съёмного протеза с целью профилактики протезных стоматитов. Український стоматологічний альманах. 2016;1(3):30-35.

SUMMARY

APPLICATION OF ORAL MUCOSA STAINING FOR CONTROL OF LATE INFLAMMATORY EFFECTS AT THE STAGE OF FORMATION OF A PROSTHETIC BODY USING IMMEDIAT-PROSTHESES

Guyter O., Oleinikov A., Mzhavanadze N., Kalinovsky S.

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

The quality of the formation of the relief of the soft tissues of the prosthetic bed after surgical tooth extraction is a significant criterion for the success of further permanent removable prosthetics. However, after a surgical operation, an inflammatory response in the soft tissues of the oral cavity inevitably occurs, and their deformation also occurs. These processes can be aggravated due to insufficient control over inflammatory phenomena with possible functional overload of the prosthetic bed at the stage of primary orthopedic rehabilitation with the help of immediate prosthetics. Objectivity of monitoring the course of inflammation can be ensured using the methods of vital staining of the oral mucosa and analysis of the dynamics of vascular changes in the area of surgical intervention. The use of iodine-containing diagnostic solutions, revealing an increased content of glycogen and inflammatory enzymes in the mucous membrane of this area, contributes to the early detection of the latent inflammatory process. Glycogen is the main energy source for cellular and glycolytic biochemical inflammatory reactions, and is also present in the adventitia of newly formed vessels in the focus of damage, and acts as a marker of changes in the density of the vascular network. Thus, the aim of the study is to optimize the control over the course of latent inflammation in the area of the prosthetic bed at the stage of using removable lamellar immediate prostheses in patients with partial absence of teeth due to surgical extraction.

The study included 2 groups of patients with the absence of 4 to 10 teeth due to surgical extraction. The study group of patients underwent the manufacture of lamellar immediate-prostheses under the control of diagnostic staining of the mucous membrane. For patients of the second group, prostheses were made using the traditional method. According to the results of the study, in the study group, the time for complete resolution of inflammatory phenomena and the formation of the optimal state of the prosthetic bed was reduced by 33% compared to the control group. It was found that early detection of foci of chronic inflammation in the area of the prosthetic bed makes it possible to promptly correct the tactics of orthopedic treatment by transforming the bases of immediate prostheses, which generally increased the quality of early prosthetics in this study.

Keywords: inflammation, prosthetic bed, immediate prosthesis, glycogen, dental orthopedic rehabilitation.

РЕЗЮМЕ

ПРИМЕНЕНИЕ ОКРАШИВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА ТЕЧЕНИЕМ СКРЫТЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НА ЭТАПЕ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА С ПОМОЩЬЮ ИММЕДИАТ-ПРОТЕЗОВ

Гүйтер О.С., Олейников А.А., Мжаванадзе Н.Д., Калиновский С.И.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Россия

Качество формирования рельефа мягких тканей протезного ложа после хирургического удаления зубов является значимым критерием успешности дальнейшего постоянного съемного протезирования. Однако после хирургической операции неминуемо возникает воспалительный ответ в мягких тканях полости рта, происходит их деформация. Эти процессы усугубляются вследствие недостаточного контроля за воспалительными явлениями при возможной функциональной перегрузке протезного ложа на этапе первичной ортопедической реабилитации с помощью имедиат-протезирования. Объективность наблюдения за течением воспаления может быть обеспечена с помощью методов витального окрашивания слизистой оболочки полости рта и анализа динамики сосудистых изменений в области оперативного вмешательства. Применение йодсодержащих диагностических растворов, выявляющих повышенное содержание гликогена и воспалительных ферментов в слизистой оболочке данной области, способствует раннему определению скрытого воспалительного процесса. Гликоген является основным энергетическим источником для клеточных и гликолитических биохимических воспалительных реакций, а также присутствует в адвентиции вновь образующихся в очаге повреждения сосудов, выступает маркером изменения плотности сосудистой сети.

Целью исследования является оптимизация контроля за течением скрытых воспалительных явлений в области протезного ложа на этапе пользования съемными пластинчатыми имедиат-протезами у пациентов с частичным отсутствием зубов вследствие хирургического удаления.

В исследование включены 2 группы пациентов с отсутствием от 4 до 10 зубов вследствие хирургического удаления. Пациентам первой (исследуемая) группы проведено изготовление пластинчатых имедиат-протезов под контролем диагностического окрашивания слизистой оболочки. Пациентам второй группы (контроль) изготовление протезов проводилось традиционным методом. По результатам исследования в первой группе время полного разрешения воспалительных явлений и формирования оптимального состояния протезного ложа сократилось на 33% в сравнении с группой контроля. Установлено, что раннее выявление очагов хронического воспаления в области протезного ложа позволяет своевременно скорректировать тактику ортопедического лечения путем трансформации базисов имедиат-протезов, что в целом повышает качество раннего протезирования.

რეზიუმე

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის შედეგების გამოყენება ფარული ანთებითი მოვლენების მიმდინარეობის კონტროლის მიზნით საპროთეზო სარეცელის ფორმირების ეტაპზე იმედიათ-პროთეზის დახმარებით

ო.გუიტერი, ა.ოლეინიკოვი, ნ.მჟავანაძე, ს.კალინოვსკი

აკად. ი.პავლოვის სახ. რიაზანის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, რუსეთი

საპროთეზო სარეცელის რბილი ქსოვილების რელიევის ფორმირების ხარისხი ქირურგიული გზით კბილების ამოღების შემდეგ წარმოადგენს შემდგომ მუდმივი მოსახსნელი პროთეზის წარმატებით ფუნქციონირების მნიშვნელოვან კრიტერიუმს. ქირურგიული ჩარევის შემდგომ აუცილებლად ჩნდება ანთებითი პროცესები პირის ღრუს რბილ ქსოვილებში, ასევე შესაძლებელია მათი დეფორმირება. ეს მოვლენები შეიძლება გართულდეს ანთებითი პროცესების საღმი არასათანადო ყურადღებისა და არასაკმარისი კონტროლის შედეგად, საპროთეზო სარეცელის ფუნქციური გადატვირთვის შედეგად ორთოპედიული რეაბილიტაციის პირველ ეტაპზე იმედიათ-პროთეზირების დახმარებით. ანთებით პროცესებზე ობიექტურ დაკვირვებას უზრუნველყოფს პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის ვიტალური შედეგების მეთოდი და ოპერაციული ჩარევის უბნებში სისხლძარღვების ცვლილებების დინამიკის ანალიზი. იოდის შემცველი დიაგნოსტიკური ხსნარების გამოყენება, რაც გამოავლენს გლიკოგენისა და სხვა ანთებითი ფერმენტების მატებას ლორწოვან გარსში, ეხმარება ფარული ანთებითი პროცესების გამოვლენას ადრეულ სტადიაზე. გლიკოგენი არის უჯრედული და გლიკოლიზის ბიოქიმიური ანთებითი რეაქციების მთავარი ენერგეტიკული წყარო. ის ასევე მონაწილეობს სისხლძარღვების ადღენით პროცესში დაზიანების არეებში.

ამრიგად კვლევის მიზანია საპროთეზო სარეცელზე ფარული ანთებითი მოვლენების კონტროლის ოპტიმიზაცია ქირურგიული ჩარევის შედეგად პაციენტთათვის კბილების ნაწილობრივ ამოღების შემდგომ მოსახსნელი იმედიათ-პროთეზირების გამოყენებისას. კვლევაში ჩართული იყო პაციენტთა ორი ჯგუფი, რომელთაც ქირურგიული გზით ამოღებული ჰქონდათ 4-დან 10-მდე კბილი. პირველი ექსპერიმენტული ჯგუფის პაციენტებისთვის დამზადდა იმედიათ-პროთეზის ფორმირების ლორწოვანი გარსის დიაგნოსტიკური შედეგების კონტროლით. პაციენტთა მეორე ჯგუფისთვის დამზადდა პროთეზები ტრადიციული მეთოდით. პირველ ჯგუფში ანთებითი მოვლენების ვადები შემცირდა და საპროთეზო სარეცელის ოპტიმალური ფორმირება 33%-ით უფრო მალე მოხდა, ვიდრე მეორე ჯგუფში. დადგენილია, რომ ქრონიკული ანთებითი კერების ადრეული გამოვლენა საპროთეზო სარეცელის არეში ხელს უწყობს ორთოპედიული მკურნალობის ტაქტიკის დროულ კორექტირებას იმედიათ-პროთეზირების გამოყენებით, რაც მთლიანობაში ზრდის ადრეული პროთეზირების ხარისხს.