29. Черкасский Б.Л., Ильинский Ю.А. Руководство по зоонозам. - Москва. – 1983. - С. 179-184.
30. Григорьев Ю.В., Честнова Т.В. Эпидемиологические особенности сезонности распространения листериоза // Вестник новых медицинских технологий. – 2002. - № 1. - С.78-79.

ТҮЙІН

Ә.Ә. МҰСАБЕКОВ, И.Н. МҰСАБЕКОВА, М.Ж. ҚОРҒАМБЕКОВА
А.С. ЮСУПОВА, К.Ж. ЖАМАНШИНА

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ЛИСТЕРИОЗДЫҢ ЭПИЗООТОЛОГИЯСЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе қаласы

Эпизоотиялық жағдайды зерттеу кезінде Ақтөбе облысының аймағындағы кеміргіштердің 1 % листериялармен залалданғаны анықталды, бұл кеміргіштердің жалпы санын есепке алғанда осы инфекция табиғи ошағының көптігін көрсетеді. Кеміргіштердің жоғары деңгейде инфицирленуі үй жануарларының залалдануына алып келеді. Жоғары деңгейдегі залалдану ұсақ мүйізді малдарда анықталды.

SUMMARY

I.N. MUSSABEKOVA, A.A. MUSSABEKOV, M.ZH. KURGAMBEKOVA,
A.S. YUSUPOVA, C. ZH. ZHAMANSHINA

EPIZOOTOLOGY OF LISTERIOSIS IN KAZAKHSTAN

West Kazakhstan Marat Ospanov state medical university, Aktobe city

While investigating epizootic manifestations it was established that up to 1 % of rodents on the territory of the Aktyubinsk oblast were infected with listeria that taking into account the total rodent population comprises a significant natural reservoir of this infection. High level of rodents' affection results in domestic animals infection. The highest level of affection was revealed in small cattle.

Р.М. УРАЗ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛАСТИЧНЫХ ПЛАСТМАССОВЫХ ПРОКЛАДОК В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе

Актуальность. Одна из проблем, связанных с применением съемных зубных протезов, - обоснованный выбор показаний к протезированию с использованием двухслойного базиса. Необходимость подобного исследования подтверждена рядом теоретических положений [1-5].

Цель исследования – изучение эффективности применения двухслойного базиса при протезировании съемными протезами, особенно с неблагоприятным состоянием протезного ложа в сравнении с жестким базисом.

Материалы и методы исследования. С целью определения показаний к выбору жесткого или двухслойного базиса съемного протеза мы обследовали 120 больных в возрасте от 40 до 60 лет, пользующихся съемными протезами в течение 2-5 лет.

Применяли общепринятую методику обследования: опрос, сбор сведений о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, осмотр и т.д. Определяли эффективность ранее проведенного ортопедического лечения: срок и характер пользования съемными зубными протезами, характер окклюзионных контактов при различных видах состояния слизистой оболочки полости рта: податливость, подвижность, увлажненность, болевую чувствительность, определяли степень атрофии костной ткани альвеолярных отростков челюстей, наличие непереносимости к пластмассам базисов протезов.

42 больных были неудовлетворены своими съемными протезами. Особенно частыми были жалобы на плохую фиксацию протезов, боль и образование декубитальных язв, жжение слизистой оболочки. Основными причинами этих жалоб были: резкая степень атрофии альвеолярных отростков с сухой малоподатливой слизистой оболочкой (14 пациентов); повышенная болевая чувствительность слизистой оболочки (4); экзостозы и острые костные выступы после удаления зубов (12); аллергическая реакция слизистой оболочки полости рта (8); нарушение границ протеза и окклюзионных соотношений (4).

У некоторых больных выявлено сразу несколько причин. Это побудило нас изготовить протезы с двухслойным базисом. Применяли мягкие эластичные пластмассовые прокладки из пластмассы марок «Эладент-100» и «ПМ-С». Протезы с двухслойными базисами выполняли по видоизмененной нами методике, заключавшейся в том, что эластичный слой наносили только после тщательной коррекции протеза. Протез изготавливали по функциональному слепку, который снимали с беззубой челюсти индивидуальной пластмассовой ложкой, припасованной с помощью проб Гербста. Готовый протез с жестким базисом на несколько коррекций до исчезновения, или значительного уменьшения болевых ощущений без проявления воспалительных реакций на слизистой оболочке. Это делалось для исключения необходимости коррекции на мягкой подкладке, в противном случае могло возникнуть истончение слоя эластичной пластмассы и ее отслоение от жесткого базиса. Затем фрезой снимали слой пластмассы (1-2 мм) с поверхности протеза, прилежащей к слизистой оболочке. В области болтающегося гребня или мало податливой и истонченной слизистой оболочки, покрывающей экзостозы, внутреннюю косую линию, торус, острый гребень альвеолярного отростка, снимали слой пластмассы до 3 мм. На подготовленный таким образом протез накладывали слепочную массу типа Сиэласта-03, Ксантопрена. Под контролем высоты нижнего отдела лица получали слепок по типу дифференцированного. Далее обратным способом гипсовали протез в кювету. Затем ее открывали и удаляли слепочную массу, фрезой с краев протеза (исключая край по линии «А») снимали слой пластмассы толщиной 1 мм, заходя на вестибулярную поверхность, делали уступ шириной около 2 мм и глубиной 1 мм. Это улучшало адгезию прокладки с базисом и делало края протеза более объемными. Затем смазывали протез мономером и катализатором, накладывали тесто эластичной пластмассы и прессовали согласно инструкции.

В зависимости от показаний эластичный слой располагали или на всей поверхности протеза, или на отдельных его участках. Так, при сухой мало податливой слизистой оболочке, выраженной степени атрофии альвеолярного отростка, непереносимости акриловых пластмасс делали мягкую прокладку по всей поверхности протеза. Это улучшало его фиксацию, устраняло болезненность и аллергическую реакцию на слизистой оболочке [4]. Нужно отметить, что использование «Эладент-100» при непереносимости пластмассы протезов из-за сходства его структуры с акриловыми пластмассами не приносило успеха. Зато эластичная прокладка из ПМ-С хорошо изолировала жесткий базис от слизистой оболочки протезного ложа, исключая тем самым, контактную аллергическую реакцию.

Для улучшения стабилизации протезов эластичный слой делали только по периферийному краю соответственно клапанной зоне протезного ложа. При этом эластичность пластмассы позволяла сохранить хороший контакт края со слизистой оболочкой клапанной зоны, не травмируя ее, обеспечивала круговой клапан и улучшала функциональную присасываемость.

В виде отдельных участков мягкую подкладку использовали при экзостозах, торусе, остром альвеолярном гребне, выраженной внутренней косой линии на нижней челюсти, а также во временных протезах в области удаленных зубов, так как при срезании гипсовых зубов на модели невозможно точно определить форму и размеры альвеолярного отростка после удаления зубов.

Мягкая подкладка уточняла протезное ложе временного протеза, уменьшала травмирование альвеолярного отростка в области удаленных зубов, сокращала сроки адаптации.

При грибовидном альвеолярном отростке, выраженных грушевидных буграх на верхней челюсти, наличии поднутрения под внутренней косой линией на нижней челюсти края протеза на этих участках выполняли из эластичной пластмассы, что улучшало присасываемость протеза, а при его фиксации отгибание мягких краев не вызывало травм слизистой оболочки.

Эластичную пластмассу применяли для исправления протезов с укороченными границами,

пользоваться которыми из-за плохой фиксации больные не могли. Края протеза удлиняли мягкой подкладкой, что улучшало его фиксацию и исключало необходимость в новом протезе.

Результаты исследования и их обсуждение. Наблюдения за 42 больными показали, что применение эластичной пластмассы улучшает фиксацию и стабилизацию протезов на обеих челюстях, сводит к минимуму побочное действие протеза, более равномерно распределяет жевательное давление на ткани протезного ложа, укорачивая срок привыкаемости к протезам, сокращая количество посещений врача-стоматолога-ортопеда, что в конечном итоге экономически выгодно для пациента.

Выводы. Таким образом, наши исследования позволили сформулировать показания к применению протезов с мягкой эластичной подкладкой. Это резкая степень атрофии костной ткани альвеолярных отростков; сухая мало податливая слизистая оболочка; наличие грибовидного альвеолярного отростка на вестибулярном скате челюсти; выраженные грушевидной формы ретромолярные бугры на верхней челюсти; наличие поднутрений под внутренней косой линией нижней челюсти; резкое различие степени податливости слизистой оболочки в различных зонах (торус, внутренняя косая линия), высокая болевая чувствительность слизистой оболочки в области экзостозов, а также протезного ложа и малый интервал выносливости к боли; наличие зубного ряда на одной из челюстей при полном отсутствии зубов на другой; непереносимости пластмасс, используемых для базисов протезов; изготовление временных протезов; ускорение адаптации к съемным протезам.

Литература:

1. Абдурахманов А.И. Клинико-экспериментальное обоснование методом улучшения ортопедического лечения при полной вторичной адентии. Автореферат канд. дисс.- Москва. - 1982.- С. 26.
2. Лебеденко И.Ю. Руководство по ортопедической стоматологии. Протезирование при полном отсутствии зубов. – Москва. - 2005. - С. 75.
3. Марков Б.П. Материаловедение в ортопедической стоматологии. – Москва. - 2003. - С. 128.
4. Трезубов В.Н. Ортопедическая стоматология: прикладное материаловедение. – Москва. - 2003. - С. 253.
5. Пичужкин М.Я. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов при повышенной болевой чувствительности слизистой оболочки протезного ложа (Клинико-лабораторное исследование). Автореферат канд. дисс. - Москва. - 1970. - С. 28.

ТҮЙІН

Р.М. ОРАЗ

ОРТОПЕДИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯДА ЭЛАСТИКАЛЫҚ ПЛАСТМАССАЛЫ ТӨСЕНІШ ҚОЛДАНУ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе қаласы

2-3 жыл көлемінде алмалы-салмалы протез қолданған 40-60 жастағы 120 науқас тексеруден өтті. Солардың 42 –сі өз протездеріне қанағаттанбайды. Бұл науқастарға ПМ-С жұмсақ эластикалық төсеніші бар қос қабатты негіздегі протездер дайындалды. Нәтижелері қанағаттанарлық.

SUMMARY

R.M. URAZ

USE OF RUBBER-BAND PLASTIC LAYING IN ORTHOPEDIC STOMATOLOGY

West Kazakhstan Marat Ospanov state medical university, Aktobe city

120 patients at the age of 40-60 were examined, using withdrawable prosthetic device in current 2-5 years. Of

them 42 patients were uncontented their own prosthetic device. They were made prosthetic devices with two-layer base with using soft rubber-band laying from PM-Ñ. The results are satisfactory.

И.В. ШИН, Б.К. ШАГАЛБАЕВ, М.А. ЕСИМБАЕВ, И.А. АЯГАНОВА, Н.С. КАЛЕШОВА, Р.М. БЕКТУРГАНОВА, С.А. ЮСУПОВА

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ПРИРОДНО-ОЧАГОВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Управление государственного санитарно-эпидемиологического надзора Актюбинской области, Актюбинский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы, г. Актобе, городской, районные отделы управления государственного санитарно-эпидемиологического надзора Актюбинской области

В настоящее время в Республике Казахстан природные очаги туляремии занимают 54 % от общей площади, имея достаточно высокий эпидемиологический потенциал. На территории Актюбинской области выявлены Иргизский, Уилский, Кобдинский, Тургайский районы очаговости (пойменно-болотного типа), установлена циркуляция возбудителя туляремии Francisella tularensis holarctica II биовара. Основной носитель - водяная полёвка (численность зверьков 30-45 на 1 км береговой линии, зараженность 0,5 - 1,5 %), основной переносчик - иксодовые клещи. Доминирующими являются D. Marginatus (индекс обилия - 5,5, заражённость - 0,4). Площадь природных очагов туляремии в Актюбинской области составляет 116200 км².

На территории Актюбинской области случай заболевания людей туляремией впервые зарегистрирован в 1984 году в Иргизском районе (житель г.Алматы, занимавшийся отловом ондатры в районе).

В 2003 году в эндемичном Уилском районе при исследовании объектов внешней среды отмечена активизация природного очага, что подтвердилось положительными находками - 3 культурами туляремийного микроба от клещей и серопозитивными находками от грызунов, погадок. И в этом же году после 19-летнего эпидемиологического благополучия зарегистрировано 3 случая заболевания людей туляремией в Уилском районе. С 2003 по 2005 год выделено 15 культур туляремийного микроба с сопредельных друг другу неблагополучных районов (Уилский, Кобдинский).

В октябре 2008 года в Уилском районе зарегистрирован 1 случай заболевания людей туляремией ангинозно-бубонной формы: выявлен серологически (в РПГА 1:1600) при обращении в лечебно-профилактическое учреждение с жалобами на частые ангины, против туляремии не привит, заболевание протекало в легкой форме.

С 2003 года на территории Актюбинской области ежегодно от переносчиков (клещи D. Marginatus) выделяются культуры туляремийного микроба. Так, в 2007 году на территории Уилского района в окрестностях населенного пункта Лесхоз от клещей выделены 3 культуры.

Ежегодно на природно-очаговых территориях области проводятся профилактические мероприятия: дератизация, дезинсекция. Для проведения истребительных мероприятий на территории природных очагов туляремии из областного бюджета было выделено 22,5 млн. тенге. Так, с апреля по июнь 2007 года в населенных пунктах и их окрестностях, находящихся в зоне природных очагов туляремии, проведены дератизационные, дезинсекционные мероприятия. Охвачено дератизацией 5 454 двора общей площадью 1 090 800 м², дезинсекция проведена на площади 53 646 га, создано 33 защитные зоны в 31 населенном пункте Алгинского, Айтекебийского, Кобдинского, Иргизского, Уилского, Темирского, Мартукского, Каргалинского районов.

Ежегодно с профилактической целью для ранней диагностики туляремии проводятся обследования лиц, обратившихся за медицинской помощью (стационарное и амбулаторное лечение с диагнозами, не