

Таблица 2.

	Беларусь	Бельгия	Эстония	Финляндия	Венгрия	Казахстан	Латвия	Литва	Республика Молдова	Россия	Украина
Максимальное значение	36,2	19,0	41,1	28,8	38,1	34,2	41,3	48,8	22,7	41,5	28,0
Год	1996	1985	1994	1990	1986	1996	1993	1996	1985	1994	1996
2008 год или последний доступный	24,1	16,5	16,0	18,4	18,9	25,5	19,4	30,0	16,8	26,3	17,4

Таблица 3.

	Албания	Армения	Азербайджан	Греция	Израиль	Италия	Мальта	Таджикистан	Узбекистан
Максимальное значение	5,5	4,4	4,5	3,4	7,4	6,1	6,5	8,3	12,0
Год	1997	1995	1987	1987	1992	1985	1999	1985	1985
2008 год или последний доступный	4,8	1,6	1,2	2,7	4,2	4,5	2,9	3,6	5,5

В таблице 3 отражена динамика показателя смертности от самоубийств и насильственных повреждений в первой квартильной группе.

Приведенные в таблицах 2 и 3 данные свидетельствуют о том, что в возрастной группе от 0 до 65 лет происходит снижение показателя. Самые высокие значения показателя в некоторых странах имели место более двадцати лет назад (43% стран первой и четвертой квартильной групп), от 15 до 20 лет назад – у 14% стран, от 10 до 15 лет – у 38% стран. Динамика изменений носит сходный характер во всех странах

Европейского региона.

Выводы. В Европейском регионе ВОЗ в возрастной группе от 0 до 65 лет происходит уменьшение смертности от самоубийств и самоповреждений. Основные изменения носят сходный характер. Значимым фактором является потребление алкоголя. Группы стран, различающиеся по уровню смертности от самоубийств и самоповреждений, не различаются значительно по уровню экономического развития, урбанизации, инфляции, безработицы, индексу человеческого потенциала.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРЫ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Елемесов Е.К.

ТОО «Анвар и К»

Знание возрастных особенностей строения челюстей, в частности пародонта, необходимо для проведения адекватной дифференциальной диагностики развивающихся в них патологических процессов. В доступной нам литературе поднимаются и решаются вопросы, представляющие в рентгено-

логическом аспекте этой проблемы частный интерес. Ряд авторов изучали нормальную рентгенанатомию челюстей. Блекман С, Гольдман Х. исследовали состояние кортикальной пластинки, Зедгендзе Г. А. изучал рентгенотопографию нижнечелюстного канала, другие-размеры периодонтальной

щели в зависимости от возраста и функции. Заболевания тканей пародонта сопровождается, как правило, изменениями состояния костной ткани челюстей.

Материалы и методы: Изучение рентгенограмм пациентов различных возрастных групп, обратившихся за стоматологической помощью.

Таблица 1. - Количество изученных рентгенограмм.

Возраст	Количество пациентов
5 – 10 лет	12
11 – 16 лет	10
17 – 40 лет	31
40 лет и старше	20

Изучали следующие рентгенологические показатели: состояние периодонтальной щели, рисунок костной ткани челюстей у лиц различного возраста.

Результаты и обсуждение: При анализе рентгеноморфологической характеристики состояние костной ткани челюстей удалось выявить определенные закономерности в рентгенологической картине костного рисунка в зависимости от возраста.

Обнаружено, что полного развития костная ткань челюстей достигает к 15-16 годам. У лиц старше 16 лет выявляется хорошо дифференцированная, гармонично сформированная костная структура, достигающая своей наивысшей структурной упорядоченности с точки зрения, как функциональной обусловленности ориентации костных трабекул, так и их дифференциации. Периодонтальные щели у зубов верхней челюсти уже, чем у зубов нижней челюсти, а у моляров шире, чем у фронтальных зубов. Наиболее широкая часть периодонтальной щели - это область, соответствующая пришеечному отделу корня зуба. Альвеолярный отросток верхней челюсти имеет равномерную петлистость мелкого характера с преимущественно вертикальным направлением балок. Структура костной ткани альвеолярного отростка нижней челюсти и неоднородна на всем его протяжении. В области фронтальных зубов по сравнению с боковыми сегментами челюстей претрабекулярный рисунок альвеолярных отростков характеризуется большей степенью

мелкопетлистости, при чём, чем дальше по направлению к вершинам отростков, тем мельче рисунок костных балок. В области премоляров и моляров рисунок соответственно укрупняется. На нижней челюсти преобладает горизонтальная направленность функциональных балок. Костная структура в рентгенологическом изображении у детей до 5-6 лет бедна, костный рисунок имеет крупнопетлистый характер на всем протяжении обеих челюстей, плохо дифференцирован. Основные балки, расположенные по силовым линиям, выражены очень плохо. Периодонтальные щели всех зубов у детей в два раза шире, чем у взрослых. В период прорезывания постоянных зубов начинает определяться функциональная направленность костных балок в местах наибольшего приложения нагрузок, т.е. в области резцов. Высшей же дифференциации костная структура начинает достигать к моменту полного прорезывания постоянных зубов и дифференцировки всей костной системы организма в целом.

С сорокалетнего возраста начинают проявляться признаки инволютивных процессов. По мнению Жибицкой Э.И. и Степановой И.Г. рентгенологически определяются два типа перестройки костной структуры челюстей возрастного характера.

Первый тип наиболее часто встречающийся, равномерный или пятнистый остеопороз. Появляются небольшие участки уменьшения плотности костной ткани, лучше всего определяющиеся в зоне премоляров. Затем начинают появляться смазанность костного рисунка, изменяется функциональная направленность костных балок. Периодонтальная щель сужается за счет атрофии связочного аппарата. Наиболее ярко все вышперечисленные признаки выявляются при полной адентии.

Второй тип характеризуется склеротическими изменениями костной ткани обоих альвеолярных отростков со смазанностью костного рисунка при сохранении функциональной ориентации балок. Периодонтальная щель сужается.

Выводы: при изучении рентгенограмм пациентов выявляется определенная закономерность рентгенологической картины

структуры челюстей в различных возрастных группах, которые должны учитываться при дифференциальной диагностике заболеваний тканей пародонта.

Литература:

1. Зеденидзе Г.А. Радиологическая диагностика, 1999г т.2,С.210-215.

2. Прохончуков А.А. труды ММСИ, 1959г,С. 49.

3. Blakman S. Oral Surg. 2001. v.14. P,1178.

4. Goldman H. J. dent. Med., 2001. v.1. P, 53

5. Жибицкая Э.И., Степанова И.Г. журнал «Стоматология»№2, 1989. С. 21.

СРОКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С УКОРОЧЕННОЙ УЗДЕЧКОЙ ЯЗЫКА

Елемесов Е.К.

ТОО «Анвар и К»

Укороченную уздечку языка замечают стоматологи при проведении осмотра детей в родильном доме или в стоматологической поликлинике.

Новорожденный ребенок при короткой уздечке языка не может правильно питаться, правильно сосать, что приводит к снижению веса и отставанию в росте от сверстников. Укороченная уздечка подрезается в любое время, пока ребенок находится на грудном вскармливании, и чем раньше это происходит – тем лучше.

Операция подрезания короткой уздечки проводится под аппликационной анестезией раствором лидокаина 10%, практически безболезненна, шов не накладывается. После проведения операции ребенок прикладывается к груди матери.

При несвоевременном диагностировании

укороченной уздечки языка у ребенка в период развития речи появляется дефект. Ребенок не произносит отдельные звуки, картавит и шепелявит. Ограничивая движения языка, укороченная уздечка языка затрудняет произношение небных звуков «р», «д» и «л» и т.д. ребенку трудно высовывать язык, при открытом рте он не может дотянуться кончиком языка до верхних резцов.

Материал и методика:

Обращения родителей с жалобами на затрудненное вскармливание новорожденного и нарушение речи у детей более старшего возраста. Осмотрено и прооперировано 474 ребенка в возрасте от 0 до 10 лет в период с 2009г. (по данным детской стоматологической поликлиники). Анализ проведенных операций по поводу короткой уздечки языка.

Результаты и обсуждение:

Таблица - Количество оперированных детей в стоматологической поликлинике.

Год	До 12 месяцев	1 - 5 лет	Старше 5 лет
2009	59	10	23
2010	196	31	50
2011г. 5 месяцев	80	11	14

Как видно из таблицы количество детей оперированных до года больше, чем в возрасте от 1 до 5 лет. В этом возрасте проводится не просто подрезание уздечки, а полноценная операция, под местной

анестезией, с наложением швов и последующим послеоперационным наблюдением. Отмечаются обильные психические реакции, имеют место быстрота условно-рефлекторных связей и