

**С. Б. ДАНИЯРОВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК КАЙРА ДАЯРДОО
ЖАНА КВАЛИФИКАЦИЯНЫ ЖОГОРУЛАТУУ МЕДИЦИНАЛЫК
ИНСТИТУТУ**

Кол жазма укугунда

УДК 616.31:351.755:300.565

ОМУРБЕКОВ ЭСЕНБЕК ОМУРБЕКОВИЧ

**ОШ ОБЛУСУНУН МАТЕРИАЛДАРЫ БОЮНЧА ТИШТЕНУУ
ПАТОЛОГИЯСЫН ДАРТ АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО (МЕЗИАЛДЫК
ОККЛЮЗИЯ) ЖЫШТЫГЫ, ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

14.01.14 – стоматология

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук
даражасын изденип алуу үчүн диссертация

Илимий жетекчиси:

медицина илимдеринин доктору,
профессор Юлдашев И. М.

Бишкек – 2025

ОМУРБЕКОВ ЭСЕНБЕК ОМУРБЕКОВИЧ

**ОШ ОБЛУСУНУН МАТЕРИАЛДАРЫ БОЮНЧА ТИШТЕНҮҮ
ПАТОЛОГИЯ ДАРТЫН АНЫКТОО ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ
ЖАНА АНЫ ДАРЫЛОО ЖЫШТЫГЫН ИЗИЛДӨӨ
(МЕЗИАЛДЫК ОККЛЮЗИЯ**

14.01.14 – стоматология

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук
даражасын изденип алуу үчүн диссертация

Мазмуну

	Стр. с - по
МАЗМУНУ	3-3
КОНВЕНЦИЯЛАРДЫН ЖАНА КЫСКАРТУУЛАРДЫН	
ТИЗМЕСИ	4-4
КИРИШҮҮ	5-10
1-БАП. НЕГИЗГИ СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ООРУЛАРДЫН	
ТАРАЛЫШЫ, ТИШ АНОМАЛИЯЛАРЫ, ОРТОДОНТИЯЛЫК	
ЖАРДАМГА МУКТАЖДЫК, ОРТОДОНТИЯЛЫК	
БУЗУЛУУЛАРДЫ ОҢДООДО САЛТТУУ ЖАНА ЗАМАНБАП	
ИЗИЛДӨӨ ЖАНА ДАРЫЛОО ЫКМАЛАРЫ (АДАБИЯТТАРГА	
СЕРЕП)	11-36
2-бап. МАТЕРИАЛДАР ЖАНА ИЗИЛДӨӨ МЕТОДДОРУ	36-40
2.1 Эпидемиологиялык изилдөө	39-40
2.2 Тиш аномалияларынын таралышын стоматологиялык изилдөөлөр,	
ортодонтиялык жардамга муктаждык	40-40
2.3 Цефалометриялык изилдөөлөр	41-43
2.4 Статистикалык изилдөөлөр	43-43
3-бап. ӨЗ АЛДЫНЧА ИЗИЛДӨӨ ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ	44-88
3.1 Стоматологиялык ооруга чалдыгуунун эпидемиологиялык	
көрсөткүчтөрү: Кыргыз Республикасынын Ош облусунда негизги	
стоматологиялык патологиянын таралышы жана	
интенсивдүүлүгү.....	44-64
3.2 Тиш мандибулярдык аномалиялардын таралышы, ортодонтиялык	
жардамга муктаждык.....	64-71
3.3 Кыргыз популяциясынын цефалометриялык ченемдери жана	
Штайнердин анализин пайдалануу менен салыштырмалуу изилдөө.....	71-82
3.4. Ортодонтиялык бузулууларды оңдоодо салттуу жана заманбап	
диагностика жана дарылоо ыкмалары.....	82-88
ЖЫЙЫНТЫК	89-89
ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР	90-90
КОЛДОНУЛГАН АДАБИЯТТАРДЫН ТИЗМЕСИ	91-110
ТИРКЕМЕЛЕР	111-114

КОНВЕНЦИЯЛАРДЫН ЖАНА КЫСКАРТУУЛАРДЫН ТИЗМЕСИ

АДБ	–	Амбулаториялык-диагностикалык бөлүм
АРТ (ART)	-	Тиш кариесин дарылоонун атравматикалык калыбына келтирүү ыкмасы
ДССУ	–	Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюму
ҮБДТ	–	Үй-бүлөлүк дарыгерлер топтору
ЖАО	–	Жалал-Абадс областы
КММА	–	Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы. И. К. Ахунбаева
КММКДжКЖИ	–	Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу институту
КПУ (кп)	-	Кариоздуу, пломбаланган жана алынган тиштердин суммасынын индекси
ДПМ	–	Дарылоо-профилактикалык мекемелер
КР ССМ	–	Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги
ОБО	–	Облустук бириккен оорукана
ОшМУ	-	Ош мамлекеттик университети
РММБ	–	Республикалык медициналык-маалыматтык борбор
КРСА	–	Кыргыз Республикасынын стоматологиялык ассоциациясы
СП	–	Стоматологиялык поликлиника
ККМШ	–	Көз карандысыз Мамлекеттердин Шериктештиги
ММКФ	–	Милдеттүү медициналык камсыздандыруу фонду
БРО	–	Борбордук райондук оорукана
УБМБ	–	Үй-бүлөлүк медицина борбору

КИРИШҮҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Тиш-бет аномалияларынын таралышы жыл сайын өсүп жатат [А. М. Хамадеева авторл. менен, 2018; С. В. Аверьянов авторл. менен, 2019; Л. С. Персин авторл. менен, 2019]. Жана туруктуу тиштердин абалы бузулган шартта көбөйөт жана калыптанат, бул ортодонтиялык дарылоого жогорку муктаждыктын себеби болуп саналат [Ю. А. Гиева, 2004; Е. С. Бимбас авторл. менен, 2016; С. В. Дмитриенко, 2016; С. А. Попов, 2018; О. И. Арсенин, 2019; М. Rossi, 2015]. Ата мекендик ортодонттор мезиалдык окклюзия (МО) текшерилгендердин санынын 15% ын түзөрүн белгилешет [В. В. Харке, 2007; Ф. Я. Хорошилкина, 2010; Ю. А. Гиева кош авт., 2014; 2019]. Самара облусунда 6-15 жаштагы балдарда МО таралышы м. а. постериковдун маалыматы боюнча (2016) 10,5% учурду түзөт. МО зубоалвеолярдык же гнатикалык формада кездешет [А. В. Козлова кош авт., 2013; В. М. Водолацкий, 2013; Ю. М. Малыгин, 2016; S. Agarwal et al., 2014; C. Liu et al., 2015]. Балдар жана өспүрүмдөр арасында тиш мандибулярдык аномалиялардын таралышы, адабияттарга ылайык, 15% дан 70% га чейин. А. Н. Еликовдун, М. Д. Санниковдун (1971) маалыматтары боюнча аномалия 42,8 %, Ф. Я. Хорошилкина ж. б. боюнча (2001) - 36,2 %, 3%. И. Гараевге (1998) 45,6 %, Т. И. Коваленкого (1985) ал 30,9 %, А. И. Рыбаковдун маалыматы боюнча, Г. В. Базиян (1977) 44,7% түзөт. Россиянын аймагындагы балдардын тиш аномалияларынын эпидемиологиясы боюнча адабияттарды талдоо балдарга көрсөтүлгөн стоматологиялык жардамдын сапатын жакшыртууга жана тиш кариесинин алдын алуу ыкмаларын Активдүү киргизүүгө карабастан, акыркы 2-3 он жылдыкта алардын жыштыгын азайтуу тенденциясынын жоктугун аныктады. Бир нече ондогон жылдар аралыгында бир эле аймакта изилдөөлөрдүн жыйынтыгына негизделген бир катар басылмалардын маалыматы боюнча, тиш системасынын аномалиялары бар балдардын санынын өсүшү байкалган. Тиш-жаак системасындагы морфологиялык жана функциялык өзгөрүүлөр жөнүндө көптөгөн авторлор жазган [Г. В. Степанов,

2011; Е. Ю. Русакова, 2014; О. С. Филатова кош авт., 2016; 2017; Т. В. Климов кош авт., 2016; А. В. Алимова, 2017; С. О. Янушевич, 2017; Д. Е. Суетенков кош авт., 2019]. Жаңы ортодонтиялык аппараттарды, МО менен ооругандарды дарылоо ыкмаларын издөө жана иштеп чыгуу ата мекендик жана чет өлкөлүк изилдөөлөрдө актуалдуу бойдон калууда [А. В. Алимова, 2015, 2017; Н. Л. Короткова, 2018; М. А. Постников, 2018; О. И. Арсенина, 2019; Ю. А. Гюева, 2019; A. R. Brunetto, 2015; J. A. Dean et al., 2015; P. Ngan, 2015; P. S. Fleming, 2017]. Алынган жыйынтыктардын туруктуулугу маселеси бүгүнкү күнгө чейин абдан актуалдуу бойдон калууда, анткени дарылоодон кийин рецидив 60% учурга чейин жетет. Илимий адабияттарда 15-18 жаштагы балдардын Мо бейтаптарын ортодонтиялык дарылоонун натыйжалуулугунун критерийлери жөнүндө маалыматтар жетишсиз.

Ар кандай тиш аномалиялары балдардын жана өспүрүмдөрдүн тиш ооруларынын структурасында биринчи орундардын бирин ээлейт. Тиш-жаак аномалияларынын таркалышын ар тараптуу талдоо-ортодонтиялык кызматтын алкагында толук кандуу алдын алууну уюштуруу үчүн маанилүү милдет, бул белгилүү өлчөмдө анын эпидемиологиясынын жетишсиз изилдениши менен шартталган [Л. С. Персин, 2007; И. В. Гуненкова, 2005; А. И. Манин, 2002]. Бирок акыркы жылдары мындай иштердин көлөмү кыйла өстү. Бул көйгөйгө тийиштүү көңүл буруу жана базалык эпидемиологиялык маалыматсыз алдын алуу иштерин толук кандуу жүргүзүү мүмкүн эместигин түшүнүү менен түшүндүрсө болот [Ф. Я. Хорошилкина, 2010; Д. О. Романов, 2010; С. А. Гунаева, 2006; А. В. Анохина, 2004]. ДССУнун сунуштарына ылайык, эпидемиологиялык изилдөөлөрдү ооруга адекваттуу мониторинг жүргүзүү жана дарылоо-алдын алуу программаларын киргизүүнүн натыйжалуулугун текшерүү максатында 5 жылдан ашпаган аралыкта жүргүзүү зарыл.

Көпчүлүк авторлордун айтымында, акыркы он жылдыктарда дүйнө жүзү боюнча ар кандай факторлордун таасири астында — экологиялык, экономикалык, социалдык — тиш системасынын аномалияларынын таралышынын өзгөчө өсүшү байкалган. Муну ар кандай эпидемиологиялык

изилдөөлөрдүн статистикалык маалыматтары колдойт [В. К. Леонтьев, 2007; А. И. Епифанов, 2002].

Тиш жаак аномалияларынын жалпы таркалышы менен катар алдын алуунун масштабдуу илимий негизделген программаларын түзүү үчүн ар кандай экзогендик жана эндогендик факторлордун: жагымсыз экологиялык кырдаалдын, балалык курактагы оорулардын, эндокриндик оорулардын, алмашуу бузулууларынын, тукум куучулук оорчулуктун ролун, ошондой эле ар кандай жергиликтүү факторлордун таасирин [О. И. Арсенина, 2013; Ф. Я. Хорошилкина кош авт., 2010] кылдат изилдөө зарыл.

Диссертациянын темасынын артыкчылыктуу илимий багыттар, ири илимий программалар (долбоорлор), билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүп жаткан негизги илимий-изилдөө иштери менен байланышы. Диссертациялык иштин темасы демилгелүү болуп саналат.

Изилдөөнүн максаты. Диагностиканын заманбап методдорун жана ортодонтиялык дарылоонун модификацияланган комплексин колдонуу менен чагуунун бузулушун (мезиалдык окклюзия (МО) диагностикалоону жана дарылоону өркүндөтүү

Изилдөө милдеттери:

1. Ош облусундагы балдардын жана өспүрүмдөрдүн кызмат түзүмүнүн абалын, тиш жаак системасынын индекстик көрсөткүчтөрүн жана дарылоо-диагностикалык иш-чараларды жүргүзүүгө муктаждыгын аныктоо.

2. Кыргыз Республикасынын Ош облусунда ортодонтиялык патологиянын жыштыгын жана өзгөчөлүктөрүн аныктоо.

3. Мүмкүн диагностикасы жана дарылоо боюнча ТРГ колдонуу натыйжалуулугун баалоо.

4. Бул патологияны дарылоонун комплекстүү ыкмасын иштеп чыгуу жана салттуу дарылоо ыкмасына салыштырмалуу анын натыйжалуулугун аныктоо.

Алынган жыйынтыктардын илимий жаңылыгы:

1. Балдардын жана өспүрүмдөрдүн жаак-бет аймагындагы негизги стоматологиялык оорулардын таралышынын жана интенсивдүүлүгүнүн

көрсөткүчтөрү, Ош облусунда жашаган ортодонтиялык патологиянын абалы жөнүндө маалыматтар биринчи жолу алынган. Балдар жана өспүрүмдөр арасында ортодонтиялык дарылоого жана профилактикалык иштерге муктаждык аныкталды.

2. Биринчи жолу ортодонтиялык пациенттерди телеентгенография (ТРГ) ыкмасын колдонуу менен текшерүүнүн комплекстүү ыкмасы колдонулган.

3. Биринчи жолу комплекстүү дарылоо алкагында ТРГ колдонуу натыйжалуулугу жөнүндө маалыматтар берилген.

Алынган жыйынтыктардын практикалык мааниси:

1. Ош облусунда жашаган стоматологиялык жана ортодонтиялык патологиянын таркалышынын жана интенсивдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү жөнүндө алынган маалыматтарды медициналык стоматологиялык жардамды уюштурууда колдонуу сунушталат, бул калкка стоматологиялык жардамды жакшы пландаштырууга мүмкүндүк берет. ТРГ дифференциалдык диагностиканы жүргүзүүдө жана бет жана тиш жаак аномалияларын ортодонтиялык дарылоону пландаштырууда алдыңкы орунда турат. Сүрөттөрдү изилдөөнүн натыйжаларын чечмелөө (цефалометрия) мүмкүндүк берет жаактардын сагитталдык, вертикалдык жана трансверсалдык катышын баалоо; патологиянын баш сөөгүнүн, гнатикалык жана зубоалвеолярдык деңгээлин айырмалоо; тиштер менен тиш аркаларынын катышын анализдөө; бет скелетинин түзүлүшүн жумшак ткандардын контуру менен салыштыруу.

Диссертациянын коргоого коюлган негизги жоболору:

Эпидемиологиялык изилдөөлөрдө тиш кариесинин таралышынын жогорку даражасы белгиленген (77,7%) 12 жаштагы балдардын арасында тиш кариесинин таралышы 72,4%, кариестин интенсивдүүлүгү (КПУ)-1,75. Пародонт ткандарынын абалын изилдөөдө текшерилгендердин 62% гигиеналык жана дарылоо процедураларына муктаждыкты аныкташкан.

Айрым региондор боюнча тиш мандибулярдык аномалиялардын таралышы, ал 33,1% дан 54,4% га чейин. Изилдөө предметтеринин арасында ортодонтиялык оорулардын структурасы изилденген. Изилденген 168 адамдын

ичинен эң көп кездешүүчү патология 64 пациентте (38,10%) аныкталган жеке тиштердин абалынын аномалиясы болуп саналат. Мезиалдык окклюзия -36 бала (21,42%), терең резоздук окклюзия - 24 пациент (14,30%), Дисталдык окклюзия, трансверсалдык окклюзия жана вертикалдуу резоздук дизокклюзия— 8 респондент боюнча (4,76% боюнча), түз чагуу -20 (11,9%)

ТРГ анализин колдонуу ортодонтиялык патологиясы бар бейтаптарды дарылоону оптималдаштырат.

Изденүүчүнүн жеке салымы.

Жазуучу өз алдынча изилдеп жаткан маселе боюнча ата мекендик жана чет өлкөлүк адабияттарды аналитикалык баяндама жасады. Максаты түзүлдү, изилдөө маселелери иштелип чыкты. Материалды иштеп чыгуу программасы түзүлдү жана маалыматтарды иштеп чыгуу автордун жеке катышуусу менен жүргүзүлдү. Алынган маалыматтардын экспозициясы, корутундулардын формулировкасы жана практикалык сунуштар автор тарабынан жеке аткарылган.

Диссертациянын натыйжаларын апробациялоо: диссертациянын материалдары: Республикалык илимий-практикалык конференцияда (Жалал-Абад, 2019); «Заманбап стоматология жана бет-жаак хирургиясы. Муундардын үзгүлтүксүздүгү аларга өлүм жазасы» эл аралык илимий-практикалык конференция, С. Д. Асфендияров атындагы КазНМУ (Алматы, РК, 2022); Кыргыз Республикасынын 15-республикалык стоматологдор конгресси «Кыргызстан стоматологиясы 2022» (Бишкек, 2022); «Крым стоматологдорунун кызматындагы илимий-техникалык прогресс» эл аралык илимий-практикалык конференция (Симферополь, 2024) сертификаттар менен тастыкталды.

Диссертациянын жыйынтыктарын басылмаларда чагылдыруунун толуктугу. Диссертациялык изилдөөнүн жыйынтыктары боюнча рецензияланган мезгилдүү илимий басылмаларда жарыяланган 9 илимий эмгек жарыяланган.

Диссертациянын структурасы жана көлөмү. Диссертациялык иш кириш сөздөн турат; 3 бөлүм; Корутунду; практикалык сунуштар; шилтемелер тизмеси жана тиркеме. Иш компьютердик тексттин 114 бетинде баяндалган. 32 сүрөт (сүрөт, диаграмма) менен иллюстрацияланган, 7 таблицаны жана 3 тиркемени камтыйт. Библиографиялык индекс орус тилдүү жана чет өлкөлүк авторлордун 227 булагынан турат, өзүнүн басылмаларын камтыйт.

1-БАП.

НЕГИЗГИ ТИШ ООРУЛАРЫНЫН ТАРАЛЫШЫ, ТИШ МАНДИБУЛЯРДЫК АНОМАЛИЯЛАР, ОРТОДОНТИЯЛЫК ЖАРДАМГА МУКТАЖДЫК, ОРТОДОНТИЯЛЫК БУЗУЛУУЛАРДЫ ОҢДООДО САЛТТУУ ЖАНА ЗАМАНБАП ИЗИЛДӨӨ ЖАНА ДАРЫЛОО ЫКМАЛАРЫ (АДАБИЯТТАРГА СЕРЕП)

Азыркы саясий-администрациялык бөлүнүшү учурунда Ош, Жалал-Абад жана Баткен облустарын камтыган Кыргызстандын түштүк региону республиканын калган региондорунан бир катар климатогеографиялык, экономикалык жана этно-социалдык өзгөчөлүктөрү менен айырмаланат. Кескин континенталдуу климат - ысык кургак жай жана суук кыш, бийик жана орто тоолордун өрөөндөр менен алмашып турушу, анда бийиктиктердин өзгөрүшү 5-7 километрге чейин түзөт, ичүүчү сууда жана тамак - аш азыктарында (йод, фтор, магний, кальций ж. б.) микроэлементтердин жетишсиздигинин же ашыкчасынын эндемикалык зоналарынын болушу калктын ден соолугунун абалына белгилүү түрдө таасирин тийгизет. Түштүк аймактагы жергиликтүү элдердин жашоо-тиричилигинин жана экономикалык өзгөчөлүктөрү жашаган жердин климатогеографиялык өзгөчөлүктөрүнө ыңгайлашуу процесстерин чагылдырат [87, 94, 97].

Айрым пункттарына 50-70 километр айырма бар, жетүү кыйын деп эсептелген катаал жерлерде медициналык тейлөөнү уюштуруу татаал көйгөйдү жаратат [11, 14, 49, 132].

Ушул жана башка көйгөйлөргө карабастан, түштүк региондорундагы калкты медициналык тейлөөнү уюштуруу салыштырмалуу жакынкы мезгилдерде жалпы талаптарга жооп берген жана медициналык илим менен практиканын өнүгүү деңгээлине ылайык келген.

Эгемендүүлүккө ээ болгондон кийин, өткөн кылымдын 90-жылдарынан тартып, Кыргыз Республикасы, анын негизги саясий-экономикалык жана социалдык-маданий институттары өткөөл мезгилдин шарттарында бекемдиги, жашап кетүүсү боюнча олуттуу текшерүүгө алынган [42,72,145,158].

Дүйнөлүк коомчулуктун деңгээлинде бул мезгил Европанын, Түндүк Американын көптөгөн экономикалык жактан өнүккөн өлкөлөрүндө саламаттыкты сактоо жана социалдык камсыздоо системаларын реформалоо процессинин башталышына туш келди.

Кыргызстандагы саламаттык сактоо системасы республика кылымдын башында союз мамлекетине киргенден кийин ишке ашырылган негизги уюштуруу принциптерине ылайык келген. Медициналык, анын ичинде стоматологиялык кызмат дээрлик нөлдүк деңгээлден уюштурулган. Революцияга чейинки Орто Азияда жарым-жартылай кастардык тиш чыгаруу негизинен тиштерди пломбалоого чейин жеткен. Тиш жана ооз көңдөйүнүн оорулары жергиликтүү-одонтологиялык позициялардан каралды. Практикалык тиш дарылоо жалпы медицина менен тыгыз байланышта болгон эмес. Бул мезгилге чейин стоматологиялык жардам узак убакыт бою дарыгерлер жана чач тарачтар, мончолор жана ар кандай кол өнөрчүлөр тарабынан көрсөтүлгөн эмес. Башка кол өнөрчүлөрдүн арасында зубоволок (зубодер) жөнүндө сөз кылуу Орто Азиянын тиш кариеси кеңири жайылган оору экенин жана темир усталар менен сөөк оюучулар жасаган тиш дарылоого жана косметикалык протездөөгө чоң муктаждык бар экенин көрсөтүп турат [110].

Тарыхый жактан Кыргызстанда тиш даарылоонун, стоматологиянын калыптанышы Россияда тиш даарылоонун жана стоматологиянын калыптанышы жана тарыхы менен тыгыз байланыштуу. Укук кылымга чейин Россияда тиш дарылоо мамлекет тарабынан көзөмөлдөнгөн эмес. 1810-жылы гана "тиш дарыгеринин" дипломун алган адамдарга тиш дарыгерлигине укук берилген мыйзам чыгарылган. Россияда стоматологиялык билим берүүнү өнүктүрүүнүн кийинки кадамы-мыйзам (1838), ага ылайык "тиш доктур" наамы жана өз алдынча иштөө укугу медициналык академияда экзамен тапшыргандан

кийин ыйгарылган. Бирок, 1900-жылы гана тиш доктурларды шакирттик практика аркылуу даярдоого расмий тыюу салынган. 1829-жылы аялдар тиш дарыгери наамына экзамендерди эркектер менен тең укуктуу алышкан. Өткөн кылымдын аягында адистиктин калыптанышына чоң таасирин тийгизген бир катар окуялар болгон. Ошентип, 1881-жылы Санкт-Петербургда В. И. Вазинский Россияда биринчи тиш дарылоочу мектеп ачкан [110].

1917-жылдагы революцияга чейинки мезгилде бүткүл Кыргызстандын медициналык кызматы болгону 6 орундуу 100 ооруканадан турган, анда иштеген 15 дарыгер, негизинен 30 амбулаториянын фельдшерлери болгон [76]. 1915-жылы Ош шаарында биринчи жеке стоматологиялык кабинет пайда болгон. 1938-жылы Кыргызстанда 25 тиш дарыгери иштеп турганда тиш дарылоочу амбулаториядан кайра түзүлгөн биринчи стоматологиялык поликлиника түзүлгөн [76,110].

Кыргызстандын калкына стоматологиялык жардамдын калыптанышы жана өнүгүшү октябрдан кийинки мезгилде гана болду. Республикада стоматологиялык жардамдын башында тиш дарыгери Анна Васильевна Рошковская турган. Ал революцияга чейин эле Пишпек шаарына келип, Жеке Стоматологиялык практиканы жүргүзгөн. Биринчи тиш врачы Е. Н. Бах 1924-26-жылдары Ош шаарында иштеген. 1928-жылы Фрунзе шаарында фельдшердик-акушердик техникум ачылып, ал Кыргыз Республикасы үчүн орто медициналык кадрларды: медайымдарды, акушерлерди, фармацевттерди, тиш дарыгерлерди жана тиш техниктерин даярдоо борборуна айланган. 1926-жылы. Кара-Кыргыз автономиялуу облусунда 5 стоматологиялык бөлүм, 3 тиш техникалык лаборатория иштеген. Аларда 7 тиш дарыгери жана 3 Тиш техниги иштеген.

Өткөн кылымдын 40-жылдарына чейин медициналык стоматологиялык жардамды уюштуруу системасы калыптана баштаган, андан кийин кийинки жылдары сапаттык жана сандык өнүгүүгө ээ болгон. Кыргызстандын медициналык жана стоматологиялык кызматы Улуу Ата Мекендик согуш мезгилинде республиканын аймагына алдыңкы медициналык госпиталдар,

жогорку окуу жайлары (Киев жана Харьков стоматологиялык институттары) эвакуацияланган учурда олуттуу өнүгүүгө жана чыңдоого ээ болгон. Согушка чейинки мезгилде, 1940-жылы. 12 тиш доктуру, 66 тиш доктуру жана 50 гө жакын тиш доктуру болгон [110].

1933-1958-жж, республиканын саламаттык сактоо системасында Стоматология бөлүмүн врач Булина Жозефина Адольфовна жетектеген. 1938-жылы республиканын саламаттык сактоо мекемелеринин тиш дарыгерлеринин жана тиш техниктеринин отрядына дагы 3 врач-стоматолог Кошулган. Алардын катарында стоматологиялык кызматтын ардагери, стоматологиялык коомдун төрагасы, 1948-жылдан Кыргыз мамлекеттик медициналык институтунун хирургиялык стоматология кафедрасынын башчысы, доцент Снежко Яков Макарович болгон.

1950-жылга чейин Ош облусунда бир нече тиш дарылоочу кабинеттер иштеген; Ош шаары, Кызыл-Кыя, Өзгөн, Кара-Суу райондору. 1950-жылы республикада 1 өз алдынча стоматологиялык поликлиника, 74 стоматологиялык кабинет, 19 Стоматолог дарыгер, 78 тиш доктур жана 34 тиш техник болгон.

Республика 1960-жылы Кыргыз мамлекеттик медициналык институтунун алдындагы стоматология факультетин ачкандан кийин стоматологияны өнүктүрүүдө Олуттуу секирик жасай алды. Республика боюнча жана Түштүк региондор үчүн стоматологиялык кадрларды даярдоо башталды. 1962-жылы Фрунзе шаарынын Республикалык клиникалык ооруканасынын жалпы хирургия бөлүмүнүн базасында 35 орундуу өз алдынча жаак-бет бөлүмү уюштурулган. Ошол эле жылы балдарды тейлөө үчүн 15 керебет бөлүнгөн, б.а. өз алдынча стационардык Балдар жардамы негизделген. Республиканын түштүгүндөгү стоматологдордогу тартыштык Жалал-Абад медициналык окуу жайына караштуу тиш дарылоо бөлүмүн ачуу жолу менен стоматологиялык кадрларды орто звеного даярдоого чукул муктаждыкты пайда кылды (1964-ж.).

Ош облустук стоматологиялык бейтапканасы 1962-жылы өзүнчө стоматологиялык кабинеттердин бирикмеси тарабынан уюштурулган, ал кезде поликлиника Ош шаарынын шаардык ооруканасынын бөлүмү болгон. Ош

облустук стоматологиялык бейтапкананын биринчи жетекчиси Милман Ц.В. болгон, бул жылдары Ош облусунун бир катар шаарларында жана райондорунда стоматологиялык кабинеттер, бөлүмдөр жана поликлиникалар ачылган [76, 110].

1974-жылы Ош шаарында балдар стоматологиялык бейтапканасы уюштурулган. 1977-жылы Ош шаарындагы облустук оорукананын алдында өз алдынча жаак-бет бөлүмү ачылган [76]. Учурда жаак-бет хирургиясы бөлүмү Жалал-Абад облусунда да иштеп жатат. Жалал-Абад облустук бириккен ооруканасынын бет-жаак хирургиясы бөлүмүнүн базасында жаш дарыгерлерди даярдоо иштери жүргүзүлүүдө. Ош облустук бириккен ооруканасынын бет-жаак хирургиясы бөлүмү Ош мамлекеттик университетинин медицина факультетинин Стоматолог дарыгерлерин, дарылоочу дарыгерлерин окутуу үчүн базалык бөлүм болуп саналат. Ош шаарынын калкына стоматологиялык жардамды жакшыртуу жана көлөмүн көбөйтүү максатында 1982ж. 18-январда 1 шаардык стоматологиялык бейтапканасы ачылган.

Ушул жылдары облустун көпчүлүк аймактарында райондук стоматологиялык клиникалар да уюштурулган. 1976-жылдан баштап кыргызмединститутта, андан кийин Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана квалификациясын жогорулатуу институтунда стоматологдордун врачтарын өркүндөтүү циклдерин жүргүзүү башталган. 1998-ж. ФУВ стоматология кафедрасы уюштурулган. Андан ары Ош шаарында Кмкжми филиалы ачылып, анын базасында Стоматология курсу ачылды. 1999-жылдан 2006-жылга чейин Ош мамлекеттик университетинин медицина факультетинде Стоматолог врачтарды даярдоо жүргүзүлгөн. Жакында түштүк аймактарда Стоматолог врачтардын жетишсиздигине байланыштуу Ош мамлекеттик университетинде Стоматолог врачтардын даярдыгын калыбына келтирүүгө мүмкүн болду.

Кыргызстандагы, анын ичинде республиканын түштүгүндөгү саламаттык сактоо системасы республика союздук мамлекетке киргенден кийин ишке ашырылган негизги уюштуруу принциптерине ылайык келген. Медициналык,

анын ичинде стоматологиялык кызмат дээрлик нөлдүк деңгээлден уюштурулган. Эгемендүүлүккө ээ болгондон кийин, өткөн кылымдын 90-жылдарынан тартып, Кыргыз Республикасы, анын негизги саясий-экономикалык жана социалдык-маданий институттары өткөөл мезгилдин шарттарында бекемдиги, жашап кетүүсү үчүн олуттуу текшерүүгө алынган [93, 94, 114]. Азыркы учурда Ош облусунун калкына 7-стоматологиялык поликлиника, 124 стоматологиялык кабинет тарабынан стоматологиялык жардам көрсөтүлүүдө. Мындан тышкары, 2 көчмө стоматологиялык амбулатория бар.

Жылдын 1-күнүнө карата, 2010-жылдын бюджет боюнча гана катталган 136,0 стоматологдордун курсу, 31,0 стоматологиялык дарыгерлердин баасы. 1-январь 2010-жылы стоматология тармагында иштеген медайымдар 81,25 ставка катталган.

Түштүк регионунда стоматологиялык билим берүүнү жана практиканы өнүктүрүүгө зор салым кошкон окумуштуулардын жана дарыгерлердин катарында кар жаады Я. М., Мажара Н. М., Павлов Б. Л., Абдрахманов С. А., Сабурова Л. Б., Шейнман В. Ю., Султанбаева С. У., Орозобеков С. Б., Селпиев Т. Т., Абдумомунов А. О., Куттубаева К. Б., Б. И. Бектембаева сыяктуу көрүнүктүү ишмерлердин аттарын атоого болот. С. С., Эргешов с. м., чолокова Г. С., цепелева А. С., Амираев У. А., Садыков С. Б., Арстанбеков М. А., Кудаяров С. К., Жамалов А. Д., Шерматов К. К., Хашимов Х. Х., Раимканов Ш. А., Парпибаев Р. П., Исаев А. Т., Бобулов А. Б., Нусупбеков Т. С., жана башкалар.

Өткөн кылымдын 1990-жылдарынын аягында, көз карандысыз Кыргызстандын стоматологиялык кызматын Олуттуу реформалоо зарылдыгы пайда болгондо, ал облустук, шаардык, райондук деңгээлдеги өз алдынча стоматологиялык поликлиникалардын, райондук ооруканалардын жана амбулаториялардын поликлиникаларынын алдындагы стоматологиялык бөлүмдөрдүн жана кабинеттердин стройный системасы болгон. Ушул эле системага республикалык, облустук деңгээлдеги медициналык-

профилактикалык мекемелердин, ЖОЖдордун, КТУнун, мектептердин жана мектепке чейинки билим берүү мекемелеринин алдындагы стоматологиялык кабинеттерди киргизүүгө болот [51, 102, 115, 131].

Дүйнө өлкөлөрү өз жарандарынын ден соолугун коргоону уюштуруунун түрлөрү жагынан ээ болгон ар түрдүүлүктү эске алуу менен, дүйнөлүк коомчулукта өз жарандарынын ден соолугун коргоо системасынын абалына канааттанган бир дагы өлкө жок экенин моюнга алуу керек. Бул дүйнөлүк экономикалык кризис доорунда, ошондой эле жарандардын коомдук колдоо системасын өзгөрүүлөрдү жасоого аргасыз болуп, жогорку өнүккөн экономика өлкөлөрүнө тиешелүү [32, 59, 68, 121, 141, 156].

Жаңы экономикалык, рыноктук мамилелерге өтүү жарандарга белгилүү көлөмдө социалдык кепилдиктерди берүү маселесин актуалдаштырды, адамдын ден соолугу экономикалык баалуулук катары карала баштады [1, 136]. Жетишсиз каржылоо көйгөйү алдын алуу программаларын, өзгөчө стоматологиялык адистиктеги эффективдүү программаларды колдоо багытында тандоону актуалдаштырды [19, 45, 82, 171].

Ошондуктан, экономикалык жактан өнүккөн өлкөлөрдүн тажрыйбасын изилдөө, биз үчүн жаңы болгон саламаттык сактоо системасын өнүктүрүү жана алардын мыкты тажрыйбаларын биздин шарттарга ылайыкташтыруу боюнча дүйнөлүк тажрыйбага ылайык [27, 60, 133, 146] калктын саламаттыгын сактоо боюнча иштин негизги уюштуруу схемаларын теңдештирмек.

Саламаттык сактоо секторун реформалоо мамлекеттеги саясий-экономикалык моделдин алмашуусу менен шартталган. Мындай түп-тамырынан берки өзгөрүүлөр мамлекеттин жашоо-турмушун камсыз кылуунун негизги системаларын финансылык жактан камсыз кылууну начарлатпастан өтпөй тургандыгы белгилүү. Бул мамлекеттин социалдык-маданий, медициналык чыгымдарын каржылоонун кыскарышы менен чагылдырылат. Бирлик мамлекетинде болгон саламаттык сактоо системасын идеалдуу деп атоо кыйын, бирок социалдык чоң багыт, профилактикалык иш-чараларга, өзгөчө балдар, жаштар арасында өзгөчө мамиле, калктын улгайган, жакыр катмарын,

декреттелген топторун толук кандуу медициналык стоматологиялык камсыздоо талашсыз. Саламаттык сактоо биринчилерден болуп экономикалык реформаларды жүргүзүүдө каржылоонун артыкчылыктары өзгөргөндө терс таасир тийгизгендиктен, ал чыгашаларды оптималдаштыруу, түзүмүн өзгөртүү боюнча радикалдуу чараларга, жана, сыягы, юридикалык статуска даяр болушу керек [3, 25, 26, 37].

Кыргызстанда буга чейин болгон стоматологиялык тейлөө системасында ондоого муктаж болгон айрым кемчиликтер да болгон. Биринчи кезекте профилактикалык стоматологиялык жардамды уюштурууда көйгөйлөр болгон, ошондой эле айыл жерлеринде стоматологиялык жардамдын жеткиликтүүлүгүн камсыздоо көйгөй болгон – шаардык жана айылдык региондордун ортосунда кадрларды бирдей эмес бөлүштүрүү айыл тургундарына көрсөтүлгөн жардамдын сапатына таасирин тийгизген, илимде жана жаңы технологияларда инновацияларды практикага киргизүүнүн алдыңкы тажрыйбасы начар киргизилген [38, 41, 77, 149].

Саламаттыкты сактоодо реформаларды жүргүзүүдө биздин окумуштуулардын жана саламаттыкты сактоону уюштуруучулардын алдында Семашко [43, 70, 103] модели боюнча социалдык багыттагы мамлекеттин саламаттык сактоо тутумун түзүүдө ондогон жылдар бою топтолгон оң тажрыйбаны сактоо маанилүү милдет болгон. Ошондой эле дүйнөлүк Шериктештик өлкөлөрүнүн медициналык стоматологиялык жардамды уюштуруу боюнча, өзгөчө Милдеттүү медициналык камсыздандыруу системасында оң тажрыйбасын киргизүү керек болчу. Саламаттыкты сактоо структураларынын башка тутумдарын өзгөртүү же түздөн-түз тууроо, албетте, кабыл алынбайт. Бирок каржылоо проблемаларынан улам мурдагы структурада иштөө мүмкүн эмес болчу, мунун себеби, мисалы, дүйнөдөгү көптөгөн өлкөлөрдүн мисалында саламаттык сактоо системасын реформалоону жүргүзүүгө себеп болду, саламаттык сактоо системасында жаңылык, албетте, каржылоо системасын өзгөртүүгө, баштапкы медициналык-санитардык

жардамды күчөтүүгө жана стационардык сектордун ишин оптималдаштырууга тиешелүү болгон [90, 92, 113, 143, 155].

Реформалоонун транзиттик мезгилинде, башка өлкөлөрдүн тажрыйбасы боюнча экономикадагы жана социалдык чөйрөдөгү өзгөрүүлөр мезгилинде медициналык стоматологиялык жардамды камсыз кылуунун мамлекеттик кепилдиктерин, республиканын калкынын көпчүлүгү үчүн анын жеткиликтүүлүгүн жана акы төлөөнүн алгылыктуу деңгээлин сактоо зарыл болгон [43, 81, 139, 147].

Кыргызстан социалдык-экономикалык түзүлүштүн өзгөрүүсүнүн терс таасирин көбүрөөк деңгээлде сезди. Бул ошол учурда туруктуу экономиканын, ресурстардын, өзгөрүлгөн шарттарга оптималдуу ыңгайлашууга жөндөмдүү уюштуруу тутумунун жоктугу менен шартталган [69, 72, 116, 157]. Мындай начар шарттык позициялар Европа жана Түндүк Америка өлкөлөрүнүн тажрыйбасына, ошондой эле постсоветтик мейкиндиктеги алдыңкы технологияларга багыт алууда реформаларды тез жүргүзүү зарылдыгын шарттады [143, 150]. 1996-жылы Кыргызстанда 1996-2006-жылдарга эсептелген "Манас" саламаттык сактоосун реформалоо программасы иштелип чыгып, ишке киргизиле баштаган. "Манас" программасы боюнча реформалоонун жыйынтыктары иштелип чыккандарды жыйынтыктоого жана аны "Манас Таалими" программасы түрүндө 2012-жылга чейин улантууга мүмкүндүк берди [75, 81, 164].

Саламаттык сактоону жайгаштыруунун жаңы принциптерине өтүүнү камсыз кылуунун чечүүчү фактору 1997-жылы Милдеттүү медициналык камсыздандыруу фондун түзүү болгон. Бул өлкөнүн камсыздандырылган бир тургунуна эсептегенде мамлекеттин каражаттарынын болушу, чогултуу жана бөлүштүрүү боюнча конкреттүү эсептөөлөрдү жүргүзүүгө мүмкүндүк берди [42, 75, 165].

Стоматологиялык Кызматтын түзүмүн реформалоо пилоттук региондордо-Чүй жана Ысык-Көл облустарында башталган. Ош, Жалал-Абад жана Баткен облустарында стоматологиялык багыттагы мекемелерди

структуралык кайра куруу кийинчерээк башталган. Түзүмдүк реформалоодо үй-бүлөлүк дарыгерлер топторун, үй-бүлөлүк медицина борборлорун түзүү, стационардык медициналык жардамды колдонууну катуу жөнгө салууга өтүү, амбулаториялык медициналык жардамдын көлөмүн көбөйтүү, параллелдүү жана кайталанган беренелер боюнча чыгымдарды азайтуу, ресурстарды стационардан амбулаториялык деңгээлге кайра бөлүштүрүү башкы орунда турган. Стоматологиялык кызматтын негизги звеносу амбулаториялык сектордо топтолгондуктан, стоматологияны кызмат катары өнүктүрүү стратегиясына жооп берүү мүмкүн эмес. Бирок реформанын жүрүшү бул сектордун өнүгүшүнө өбөлгө түзбөгөн көйгөйлөрдү да аныктады [114, 161, 171].

Стоматологиялык кызматтын түзүмү, уюштуруучулук курулушу, дегеле медициналык жардам кызматы сыяктуу эле, кепилденген деңгээлде медициналык-профилактикалык жардам көрсөтүүнүн деңгээлин жана сапатын аныктайт [20, 73, 96, 127, 134, 159].

Кыргыз Республикасында стоматологиялык жардамды уюштуруу түзүмү ар түрдүүлүгү менен айырмаланат. Ош облустук стоматологиялык бейтапканасы облустун калкына стоматологиялык жардам көрсөтүүнүн уюштуруу-методикалык борбору болуп саналат. Биздин күч – аракетиниз менен, ошондой эле облустун башкаруу түзүмдөрүнүн, саламаттыкты сактоо министрлигинин колдоосу менен, тиш, ооз көңдөйү жана бет-жаак оорулары менен ооругандарга жардам көрсөтүү кызматын координациялоо жана өнүктүрүү үчүн облустар аралык стоматологиялык поликлиника статусу берилди. Жалал-Абад облустук стоматологиялык бейтапканасы мурда менчиктештирилгендиктен, бул чечим туура жана өз убагында ишке ашкан деп үмүттөнөбүз. Натыйжада, түштүк региондогу ири региондордун бири облустук деңгээлде стоматологиялык кызматты координациялоочу органсыз калды. Баткен облустук бейтапканасы облустук жана Баткен райондук стоматологиялык бейтапканасынын укугунда бар. Баткен облустук стоматологиялык бейтапканасы Баткен областы түзүлгөндөн кийин түзүлгөн

жана кызматты уюштуруу, материалдык жана методикалык жактан камсыз кылуу тажрыйбасын иштеп чыгууга муктаж. Баткен облусунун стоматологиялык кызматынын жетекчилеринин бул багыттагы оң тажрыйбасын белгилей кетүү керек. Кыргызстандын түштүк облустарынын райондук деңгээлинде өз алдынча райондук стоматологиялык бейтапканалар менен катар үй-бүлөлүк медицина борборлорунун стоматологиялык бөлүмдөрү да бар. Кээ бир райондордо ҮМБнун алдындагы стоматологиялык бөлүмдөр жок.

Кызматтын уюштуруу структурасынын өзгөрүү динамикасын изилдөө, биздин оюбузча, стоматологиянын тенденцияларын жана келечегин жакынкы келечекте андан ары өнүктүрүүнү пландаштыруу үчүн аныктай алат.

Саламаттык сактоодо реформаларды жүргүзүүдө биринчи даражадагы маанилүү маселе болуп реформалоо, оптималдаштыруу же тагыраак айтканда – кыскартуу, калктын саламаттыгын сактоонун ар кандай секторлорун каржылоонун артыкчылыктарын аныктоо маселеси эсептелет. Бул жерде стоматологиялык кызмат, реформалардын тажрыйбасы көрсөткөндөй, бюджеттик каржылоо үчүн артыкчылыктуу эмес. Бул реформанын тажрыйбасын бүтүндөй системага жайылтууда эске алуу зарыл. Каржылоо реформаларынын жалпы схемасы амбулаториялык деңгээлде жан башына каржылоону жана стационарларды дарылоо үчүн каржылоону киргизүү катары көрсөтүлүшү мүмкүн. Финансылык реформаларды жүргүзүүнүн баштапкы этабында негизги булак – бюджеттик каржылоо сакталып калган, андан кийин ага бара-бара ММК фондунан Милдеттүү медициналык камсыздандыруунун финансылык агымдары кошула баштаган. Белгилей кетчү нерсе, структураны оптималдаштыруу-көпчүлүк учурда кыскартуу катары түшүнүлгөн (стационардык койкаларды, бири-бирин кайталаган бөлүмдөрдү. Бирок үй-бүлөлүк дарыгерлер топторунун, үй-бүлөлүк медицина борборлорунун системасын түзүү, аларды жан башына каржылоо боюнча каржылоо системасына которуу биздин өлкө үчүн медициналык стоматологиялык жардам көрсөтүү системасын уюштуруунун жаңы тажрыйбасы болуп калды жана эң

көп каталар, түзөтүүлөр, толуктоолор реформанын бул багыттарында жасалган [22, 66, 89, 135].

Стоматологиянын практикасында дүйнөнүн өнүккөн өлкөлөрүндө "жан башына" каржылоо принциби жакында эле – өткөн кылымдын 80-жылдарынан баштап киргизиле баштаган. Клиника, стоматолог жана акы төлөө боюнча жооптуу адамдын ортосунда келишим түзүлөт, ага ылайык, бир тарап калктын белгилүү бир санына оозеки оорулардын алдын алуу жана дарылоо кызматтарын көрсөтөт. Экинчиси болсо алдын ала макулдашуу боюнча топтун бир орто мүчөсүн дарылоонун наркына көбөйтүлгөн калктын конкреттүү тизмесин тейлөө боюнча аткарылган иштер үчүн акы төлөйт [107, 109, 123]. Жалпы медицинадагыдай эле, бул принцип ар бир пациентти белгилүү бир адис стоматологго же клиникага жабыштырууну камтыйт. Дарыгер ай сайын ар бир пациент үчүн белгилүү бир сумманы алат. Мындан тышкары, тиркеме фактысы тиш доктур бул каржылык сыйлыкты алат деп айтууга болот пациент жардам сурап кайрылган же жокпу. Бул жерде калктын контингентинин арасында профилактикалык иш-чараларды өткөрүүгө стоматологдордун дарыгерлерин колдоо принциби маанилүү. Ошентсе да, кээ бир стоматологдордун пикири боюнча, мындай каржылоо принцибинде кымбат баалуу медициналык процедуралар төлөнбөйт, анткени жан башына принцибинде төлөм адатта төмөн жана шашылыш стоматологиялык жардам көрсөтүү боюнча биринчи кезектеги чараларды камтыйт. Акыркы көйгөйдү чечүү, бул, кыязы, биринчи кезекте, мамлекет же камсыздандыруу фонду менен келишим боюнча бейтаптарга дарыгерлер стоматологдор тарабынан көрсөтүлгөн кызматтардын тизмесин аныктоо керек экенин көрүүгө болот. Экинчиден, тизмеге кирбеген кымбат баалуу манипуляцияларды жана процедураларды акы төлөө тартибинде жүргүзүү же пациенттерге аны башка жеке стоматологиялык клиникаларда жана кабинеттерде алуу мүмкүнчүлүгүн берүү [34, 71, 74, 88, 137, 169].

Ошондой эле өткөн кылымдын акыркы он жылдыктарында пайда боло баштаган көйгөйдү – айыл аймактарын күчөтүү менен кадрларды толуктоо, кадрларды кайра бөлүштүрүү көйгөйүн чечүү зарыл. Өткөөл мезгилдин

ортосунда кесилиште Стоматологиядагы кадрлар маселеси өзгөчө курч болот. Биринчиден, союздук мамлекет болуп турган мурдагы ченемдер олуттуу төмөндөө жагына кайра каралып чыккан. Акыркысы киши башына каржылоо принциптерине өтүү, ошондой эле милдеттүү медициналык камсыздандыруу фондунун финансылык абалына, жергиликтүү бюджеттер, гуманитардык жардам фонддору аркылуу каржылоонун абалына ж.б. мүмкүндүк бере турган көлөмдө зарыл эмес, мүмкүн болгон каржылоо көлөмүндө врач-стоматологдун ишин уюштуруу менен байланышкан [18, 48, 95, 105]. Экинчиден, өткөөл, транзиттик мезгилде өлкө Олуттуу демографиялык кыймылды башынан өткөрүп жатат: алыскы жана жакынкы чет өлкөлөргө Стоматолог врачтардын жогорку квалификациялуу кадрларынын агылып кетиши, айрыкча кыйла тажрыйбалуу, квалификациялуу Стоматолог врачтардын кыйла санын – облустук борборлорго, өлкөнүн борбору Бишкекке, Түштүк борбор – Ош шаарына кайра бөлүштүрүү жүрүп жатат. Бул айыл региондорунун кадрлар менен камсыз болушуна терс таасирин тийгизет. Белгилүү көлөмдө эмгек акы алуу мүмкүндүгүн, кошумча эмгек акылардын жеткиликтүүлүгүн, коомдук тейлөө чөйрөсүнүн жеткиликтүүлүгүн, жаңы технологияларды колдонууга мүмкүнчүлүк алуу мүмкүнчүлүгүн эске алуу менен шаарда стоматологдордун кыйла квалификациялуу бөлүгүнүн шаардык мамлекеттик жана жеке стоматологиялык поликлиникаларга жана кабинеттерге агып кетүү процесси жүрүүдө [85, 130, 142, 148].

Өткөн кылымдын аягынан бүгүнкү күнгө чейин өлкөдө балдар стоматологиясындагы адистердин жетишсиздиги жана агуусу, адистердин (врачтардын жана тиш техниктеринин) мамлекеттик мекемелерден кооперативдик жана жеке ишмердүүлүк чөйрөсүнө жылышынын жөнгө салынбаган процесстери сыяктуу кадрдык көйгөйлөр бар – мунун баары калктын дээрлик бардык категорияларына стоматологиялык жардамдын жеткиликтүүлүгүнө терс таасирин тийгизүүдө.

Үчүнчүдөн, Заманбап саламаттык сактоонун энелердин жана балдардын өлүмүн азайтуу, жугуштуу оорулардын деңгээлин төмөндөтүү, кургак учук,

жыныстык жол менен берилүүчү оорулар, СПИД проблемалары менен күрөшүү боюнча биринчи кезектеги милдеттерди чечүүгө багытталгандыгы - мунун баары Стоматологиядагы жогорку технологияларга гана эмес, калган Стоматолог-врачтарга стоматолог адистиги үчүн керектүү көлөмдө иштөөгө мүмкүндүк бербейт [120, 140, 144, 160, 162].

Мамлекеттик кепилдиктер боюнча милдеттүү медициналык камсыздандыруу фонду төлөп жаткан иштин көлөмү тиш доктурдун милдеттеринин деңгээлине да жетпейт. Азыр, убакыттын талабы боюнча адис – стоматологдун жалпы профилин чыгаруу жөнүндө маселе коюлат [18, 40, 63, 128, 170].

Стоматолог – врачтардын кадрларына карата өткөөл мезгилдин дагы бир проблемасы Стоматолог – врачтарды жана алар менен катарлаш иштеген адистерди даярдоо проблемасы болуп саналат. Өнүккөн социализм доорунда мамлекет жогорку билимдүү стоматологдордун дарыгерлерин чыгарууга багытталган. Жеке бизнести уюштуруу, кошумча киреше алуу мүмкүнчүлүгү стоматологияны гинеколог, уролог, офтальмолог жана башка кесиптер менен катар абдан популярдуу адистикке айлантты. Айыл жергесиндеги тиш доктурдун ордуна орто звенодогу адистер – тиш дарыгерлери талап кыла башташты. Союздук мамлекет болуп турганда тиш дарыгерлеринин чыгарылышын акырындык менен кыскартуу, аларды даярдоо боюнча медициналык билим берүү мекемелеринин жабылышы жана аларды Стоматолог – врачтар менен акырындык менен алмаштыруу пландаштырылган. Азыр, айрыкча, айыл жергесинде, дарыгер стоматологдордун дарыгер баасын толтуруу үчүн эч кандай мүмкүнчүлүк жок болсо, – алардын ордуна тиш дарыгерлер кыскартуу ордуна бир кыйла көбөйдү, алардын чыгаруу келет. Ошондой эле Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин адистиктеринин номенклатурасында "стоматологдун ассистенти", "тиш гигиенисти", "стоматологиялык профилдеги медициналык айым" сыяктуу орто звенодогу адистерди даярдоо маселеси актуалдуу. Демек, тиш профилиндеги адистердин номенклатурасын кайра карап чыгуу дагы актуалдуу маселе.

Европа жана Түндүк Американын өнүккөн өлкөлөрүндө кабыл алынган стоматологиялык жардам уюмунун ченемдерине ылайык, стоматология боюнча адистердин тизмесине "коомдук саламаттыкты сактоодо иштеген стоматологдор" кирет. Бул адистик жалпы кабыл алынган, жеке практик стоматологдон айырмаланат. Мындай адистин негизги милдети-белгилүү бир адамдын эмес, жалпы жамааттын тиш саламаттыгын жакшыртуу. Мындай адистин милдети-ал иштеген жамааттын мүчөлөрүн кылдаттык менен мамиле кылуу жана тиш саламаттыгын сактоо, ооз көңдөйүнүн гигиенасы, туура тамактануу, эмгек жана эс алуу режимин сактоо. Ошондой эле ал мамлекеттин стоматологиялык ден соолукту коргоо боюнча программаларына багытталууга, аргументтелүүгө, коомчулуктун деңгээлинде сууну жана башка тамак-аш азыктарын фторлоштурууну жүргүзүүгө, эпидемиологиялык изилдөөлөрдү пландаштырууга жана ишке ашырууга, бул жамааттагы стоматологиялык оорулар менен ооруп калуу жөнүндө маселенин абалын изилдөө үчүн, ооруларды дарылоо жана алдын алуу үчүн финансылык каражаттарды эсептөө үчүн квалификацияга ээ болууга, стоматологиялык оорулардын алдын алуу боюнча тренингдерди өткөрө билүүгө жана, албетте, мамлекеттик саламаттыкты сактоо кызматынын кызматкери болууга тийиш. Алар ошондой эле балдардын жана өспүрүмдөрдүн чоң уюшкан топторунда оозеки гигиенанын жол-жоболорун, тиш жаракаларын пломбалоо процедураларын, балдардын жана мектеп окуучуларынын кариесинин баштапкы формаларын атравматикалык реставрациялоо ыкмасы менен дарылоону ишке ашырууга тийиш [9, 44, 65, 112].

Заманбап стоматологиялык кызматка муктаж болгон дагы бир адис – бул гигиенист стоматологиялык, ошондой эле коомдук саламаттыкты сактоо стоматологу жүргүзгөн иш-чараларга катышат, анын түздөн-түз жардамчысы [15, 54, 58, 99].

Кыргызстандын түштүк регионунун Стоматология кызматынын өнүгүү келечегин аныктоо, биздин пикирибиз боюнча, ооз көңдөйүнүн жана тиш көңдөйүнүн негизги ооруларынын таркалышы жана интенсивдүүлүгү жөнүндө

маалыматтарды алмайынча мүмкүн эмес. Эгерде алдын алуучу жана санациялык программаларды камсыздандырууну колдоо планында балдар жана өспүрүмдөр, калктын декреттелген топтору үчүн пландаштыруу жүргүзүлсө, анда ооруга чалдыгуу боюнча маалыматтар тиешелүү контингентке карата пайдаланылууга тийиш. Бир катар авторлор тарабынан жүргүзүлгөн эпидемиологиялык изилдөөлөр балдарда жана өспүрүмдөрдө тиш кариесинин жана анын татаалдашуусунун көбөйгөндүгүн тастыктайт [108, 114, 166, 168].

Көптөгөн авторлор тиш кариесинин жана пародонт оорусунун таралышы жана интенсивдүүлүгү көз каранды болгон факторлорду аныкташат: калктын оозеки кам көрүү гигиеналык маданиятынын деңгээли [12, 13, 39, 80], тамактануу маданияты, өзгөчө углеводдорду керектөө [31, 35, 36], аймактын экологиялык, гео-климаттык өзгөчөлүктөрү, калктын социалдык-экономикалык жашоо шарттары [118, 125]. Авторлор [116, 131, 138, 163] кариес оорусунун социалдык кесепеттерине жана жалпы ден соолуктун абалына чоң көңүл бурушат.

Авторлор [31, 50, 62, 100, 101] жаңы экономикалык өз ара мамилелерге жана социалдык реформаларга өтүү мезгилинде ар кандай региондор үчүн стоматологиялык жардамга муктаждыкты аныктоодо ар кандай курактык топтордогу стоматологиялык оорулардын таралышы, деңгээли жөнүндө маалыматтарды колдонушкан.

Эске сала кетүүчү нерсе, кариес ДСУ тарабынан эң кеңири таралган оору катары аныкталат – 60тан 98% га чейин жана эң көп ийгилик өзгөчө профилактикага, оорунун өнүгүшүн алдын алууга өзгөчө көңүл бурган өлкөлөрдө жетишилет [И4, К27, *h9, *p14, *s12,*t7].

Эпидемиологиялык изилдөөлөр камсыздандыруу жана бюджеттик каржылоо тартыштыгында калктын көп катмарын камтыган стоматологиялык оорулардын алдын алуунун мамлекеттик программаларын оптималдуу пландаштырууга мүмкүндүк берет [36, К20, Р1, М18, К27]

Кыргызстандын ландшафты табигый-климаттык чөйрөнүн жагымсыз факторлорунун болушу, демек калктын ден соолугуна таасири менен

мүнөздөлөт, алардын арасында ичүүчү сууда жана тамак - аш азыктарында макро-жана микроэлементтердин жетишсиздиги бар. Кыргыз Республикасынын аймагы бир катар климатогеографиялык өзгөчөлүктөрү менен мүнөздөлөт: тоолордун жана тегиз жерлердин кезектешүүсү, кычкылтектин парциалдык басымынын төмөндүгү, курчап турган абанын кыйла төмөн температурасы, интенсивдүү табигый нурлануу ж.б. [47, 57, 78, 126, 152, 153].

Изилдөөнүн жүрүшүндө биз талдаган адабияттарда Мурунку мезгилде Кыргызстандын аймагында негизги стоматологиялык оорулардын таралуу жана интенсивдүүлүк деңгээлин аныктоо боюнча эпидемиологиялык изилдөөлөрдү жүргүзүү жөнүндө маалыматтар бар [108, 114].

1963-1971-жж. "стоматологиялык оорулардын географиясы" программасы боюнча ЦНИИС (Москва) кызматкерлери тарабынан мындай изилдөөлөр жүргүзүлгөн. Ошол эле учурда Ош облусунун жана республиканын башка региондорунун: Нарын, Ат-Башы, Куланак – тоо этектери, Григорьевка, Теплоключенка, Комсомол, Дархан, Жети Огуз – Ысык – Көлдүн тоолуу зонасы, жалпак айыл райондору – Араван, Ленин, тоолуу айыл райондору-Алай, Өзгөн, Жаңы-Жол [86] тургундары изилденген. Өткөн кылымдын 70-жылдарында жана 80-жылдарынын башында КММА, КМКДжКЖИ стоматология кафедрасынын кызматкерлери тиш ооруларынын эпидемиологиясын изилдөө үчүн республика боюнча бир нече экспедиция өткөрүшкөн [108, 114].

Изилдөөлөрдүн жыйынтыгы көрсөткөндөй, Кыргыз Республикасынын ар кайсы региондорунда кариестин таралышы бирдей эмес. Мында тиш кариесинин (сүт жана туруктуу) жалпы таралышы республика боюнча орточо 72,54% ды түзөт, ал ар кайсы райондордо 54,6 дан 81,61% га чейин өзгөрүп турган. Республика боюнча изилденген бир тишке туруктуу тиштердин кариесинин жабыркашынын интенсивдүүлүгүнүн көрсөткүчү (КПУ) 4,7 ге барабар болгон. Андан кийин, бардык изилденген аймактар үч зонага бөлүнгөн: Осод зонасы-тиш кариесинин аз катышуусу менен (60% га чейин); Кучтуу зона - тиш кариеси менен орточо жабыркоо менен (60тан 75% га чейин); кучтуу зона

– тиш кариеси менен жогорку жабыркоо менен (75% дан жогору). Тиштердин кариес менен эң көп жабыркоосу тоолуу аймакта – Мургабда аныкталган, мында КПУ 5,4, кп - 3,78 жана Ысык-Көлдүн эң төмөнкү бөлүгүндө (4,13 жана 2,90) болгон [87, 97].

Кыргызстан боюнча ооз көңдөйүнүн органдарынын жана тиштердин ооруларын изилдөө боюнча келтирилген иштердин көбүндө оорунун көбөйүшү сыяктуу көрсөткүчтү изилдебестен, оорунун өзү боюнча маалыматтар берилген, бул акыркы убакта стоматологияда конкреттүү жана актуалдуу болуп саналат.

Ооз көңдөйүнүн абалынын негизги көрсөткүчтөрүн – стоматологиялык оорулардын таралышынын жана интенсивдүүлүгүнүн негизги көрсөткүчтөрүн изилдөө – балдарга стоматологиялык жардам көрсөтүүнү пландоодо, стоматологиялык оорулардын алдын алуу программаларын түзүүдө, жаңы экономикалык мамилелерге өтүү мезгилинде тармактын өнүгүү келечегин аныктоодо, калктын сапаттуу стоматологиялык жардам алуудагы биринчи кезектеги муктаждыктарын канааттандыруу үчүн колдо болгон каражаттарды натыйжалуу пайдаланууда, ден соолуктун жетиштүү деңгээлин камсыз кылууда негизги жардам [30, 67, 83, 122, 151].

Оозеки ден соолук көрсөткүчтөрү ар кандай аспектилерде, көпчүлүк өлкөлөрдө жана региондордо, бардык курактык топтордо изилденет. 1969-жылы Дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун штаб – квартирасында (Женева шаары, Швейцария) Глобалдык стоматологиялык ден соолук маалыматтарынын банкы түзүлгөн-дүйнөдөгү калктын кариес жана башка оозеки оорулардын абалын жана тенденциясын изилдөө үчүн [130]. Май 1981-жылы. ДССУнун дүйнөлүк Ассамблеясы эл аралык Стоматологдор Федерациясы (ЕКПА) менен биргеликте стоматологиялык ден соолук программасы тарабынан иштелип чыккан глобалдык стоматологиялык ден соолук максатын кабыл алды. Бул максатка ылайык, 2000-жылга чейин 12 жаштагы балдарда кариоздуу, жок жана пломбаланган туруктуу тиштердин орточо саны (КПУ индекси) үчтөн ашпашы керек болчу. 1980-жылы жүргүзүлгөн "ДСУ жана кпунун глобалдык ден соолук

максаттары" изилдөөсүндө дүйнөнүн 107 өлкөсүндө тиш оорулары боюнча эпидемиологиялык изилдөөлөрдүн маалыматтары жарыяланган. Алынган маалыматтарга ылайык, АКШда жана Европанын көпчүлүк өлкөлөрүндө 12 жаштагы балдарда тиш кариесинин (КПУ) интенсивдүүлүгү 3.0 ден ашкан. Төрт өнүккөн өлкөдө гана кпунун тиштери 3.0 же андан аз болгон. ДССУнун Глобалдык банкынын Заманбап маалыматтары өткөөл экономикалуу мамлекеттердин калкынын кпу тиштеринин көбөйүп жаткандыгын көрсөтүп турат [64].

Кыргызстандын саламаттык сактоосунда реформаларды жүргүзүүнүн башталышы өткөөл мезгилдин жагымсыз кесепеттери менен байланыштуу болгон, анда медициналык-стоматологиялык кызматты башкаруунун командалык-администрациялык принциптерин жаңы, рыноктук принциптерге кайра багыттоо жөнүндө маселе туруп, ден соолукту коргоо программаларынын социалдык багытына максималдуу басым жасалган, анткени жалпы камсыз кылуунун, жалпы камсыздандыруунун көп жылдык тажрыйбасы бир күндө кызмат көрсөтүүлөргө толук акы төлөө жана аларга массалык керектөөчүлөрдүн жеткиликтүүлүгүн чектөө принциптери менен алмаштырылышы мүмкүн эмес болчу.

Эгерде Кыргызстан 1990-2000-жылдардагы өткөөл мезгилдин кыйла оор сезилген татаалдыгынын өлкөсү экендиги жөнүндө айта турган болсок, анда бул көбүнесе республиканын Түштүк региондоруна тиешелүү, анткени калктын көпчүлүгү өнөр жайы анча өнүкпөгөн түштүк региондордо жашашат, калктын көпчүлүк үлүшү айыл региондорунда жашашат, калктын медициналык жана анын ичинде стоматологиялык жардамга жеткиликтүүлүгү азыраак [41, 93].

Эгемендүүлүк алгандан кийин, саламаттыкты сактоого чыгымдардын деңгээли 3,8-жылы ички дүң өнүмдүн (ИДП) 1990% дан 3,3-жылы 1994% га чейин төмөндөгөн. 1997-2004-жылдар аралыгында, ал тиешелүүлүгүнө жараша 2,6 жана 2,0% га чейин төмөндөгөн. 2005-жылы бул көрсөткүч Кыргызстан боюнча ички дүң продукциянын болгону 1,8% ын түзгөн. 2010-жылы-3% дан бир аз көбүрөөк. Ал эми дүйнөнүн өнүккөн өлкөлөрүндө бул көрсөткүч орточо 8% дан ашат [33,

42, 69, 72]. ДССУнун маалыматы боюнча, өнүккөн өлкөлөрдө тиш кызматына саламаттык сактоо каражаттарынын 10% чейин бөлүнөт. Буга чейин, негизги көрсөткүч, стоматологиялык жардамды каржылоону пландаштыруу үчүн баруулардын саны болгон. Бирок, [18] ылайык, мындай эсепке алуу бардык баскычтарында стоматологиялык кызмат ишин башкаруу жана пландаштыруу мүмкүнчүлүктөрүн чектейт.

Кыргызстандын мурдагы Союздун бардык өлкөлөрү менен катар эле чарба жүргүзүүнүн жаңы социалдык-экономикалык шарттарына өтүшү, жашоо-тиричиликтин социалдык чөйрөсүн, анын ичинде саламаттыкты сактоону реформалоо ден соолук статусуна болгон мамилени өзгөрттү, жашоо-турмушту камсыз кылуунун, ишке жөндөмдүүлүктүн нормалдуу деңгээлин сактоо боюнча чараларды дарылоо багытынан профилактикалык багытка бурду. Белгилей кетчү нерсе, дарылоо чараларына караганда алдын алуу чараларын колдоо калкты жашоонун сапатын сактоого туура багыттайт жана кошумча катары материалдык ресурстардын олуттуу көлөмүн үнөмдөөгө өбөлгө түзөт, Активдүү кесиптик ишмердүүлүктү узакка сактоого мүмкүндүк берет.

Камсыздандыруу медицинасынын принциптерин киргизүү каржылоонун чакан көлөмүнүн негиздемеси катары гана эмес, ден соолукту коргоонун чыгымдуулугун төмөндөтүү үчүн гана эмес, эмгекке жарамсыздык менен күрөшүүнүн мындай вариантын ийгиликтүү жүргүзүү учурунда артыкчылыктар, анын ичинде материалдык артыкчылыктар катары да ден соолукту сактоонун профилактикалык багытынын позициясын ого бетер бекемдеди.

Медицинанын эң маанилүү милдеттери эне менен баланын ден соолугун коргоо болуп саналат. Эненин нормалдуу ден соолугун сактоо жана камсыз кылуу процессинде, толук кандуу, дени сак баланын төрөлүшү үчүн, стоматологиялык кызмат акыркы ролду ойнобойт. Айрым авторлордун айтымында [28, 29, 104, 117] кош бойлуулук организмдин көптөгөн органдарынын жана системаларынын ишин өзгөртөт, иммунологиялык, нейрогуморалдык жылыштарга алып келет. Ооз көңдөйүндө өнөкөт сепсис очокторунун болушу, жагымсыз гигиеналык шарттар эмбриондун, түйүлдүктүн өсүшүнө жана калыптанышына кыйыр жана

кээде түз терс таасирин тийгизет. Бул терс таасир төрөлө элек баланын өнүгүү процессинде да, төрөлгөндө да, андан кийин да пайда болушу мүмкүн.

Авторлордун айтымында [2, 5, 6, 10] кариестин пайда болушуна кош бойлуулуктун таасири боюнча бирдиктүү көз караш жок. Айрым изилдөөчүлөр кош бойлуулуктун нормалдуу жүрүшү тиш кариес оорусуна олуттуу таасир этпеши керек деп эсептешет, ал эми кариоздуу тиштердин санынын көбөйүшүн алар оорунун жаш курагына жана жылдык өсүшүнө байланыштырышат. Ооз көңдөйүнүн былжыр челинин патологиясы менен көйгөйлөрдүн болушу мүмкүн экендиги четке кагылбаса да [10]. Башкалары [28, 29, 104] кош бойлуулук тиштин кариеске чалдыгуусун жогорулатат деп ишенишет, айрыкча экинчи жана үчүнчү триместрлерде, бул оорунун көбөйүшүнүн себебин түшүндүрөт – түйүлдүктүн өнүгүшү жана калыптанышы үчүн микроэлементтерди эненин түйүлдүкө интенсивдүү "кайтаруусу".

Кариоз оорусун изилдөө, кош бойлуулуктун ага тийгизген таасири тууралуу так маалыматтарды алуу көптөгөн факторлорго байланыштуу кыйын [56, 84, 119, 124, 154]. Мисалы, кош бойлуу аялдардын 50% га чейин аялдар консультациясына катталуу үчүн кош бойлуулуктун II триместринде келет. Мунун баары эрте же кош бойлуулуктун алдында кариоздуу тиштердин көбөйүшүн так аныктоого жана жазууга мүмкүндүк бербейт. Авторлор [2, 10] кош бойлуулуктун кариоздук оорунун пайда болушуна тийгизген таасирин аныктоонун эң мыкты жолу-бул дени сак тиштери бар аялдарда мониторинг жүргүзүү экенин моюнга алышат. Авторлор [5, 6] идеалдуу кырдаалда, каалаган кош бойлуулук келгенге чейин санитария чараларын көрүшөт, бирок башка көптөгөн авторлордун айтымында [29, 104, 106] кош бойлуулуктун алгачкы стоматологиялык текшерүүсүндө, алардын көпчүлүгү кариес жана анын татаалдашуусу боюнча медициналык-гигиеналык стоматологиялык жардамга муктаж.

Бул маалыматтар зарыл болгон адистердин санын мониторингдөө менен кош бойлуулукту өз убагында жана туура башкаруу зарылдыгын көрсөтүп турат, алардын арасында башкы дарыгер-стоматолог болушу керек. Кош бойлуу аялдардын тиш жана ооз көңдөйүнүн абалын бир жолку текшерүү жетиштүү эмес.

Динамикалык байкоо жүргүзүү, санациялык иш-чараларды үзгүлтүксүз өткөрүү, зарыл болгон учурда-диспансеризациялоо жана баштапкы формаларын максаттуу аныктоо, ооз көндөйүнүн жана тиштердин ооруларын дарылоо жана алдын алуу зарыл [24, 154, 167, 170].

Жогоруда айтылгандай, жаңы социалдык-экономикалык рельефтерге өтүү саламаттык сактоого финансылык каражаттардын жетишсиздиги, колдо болгон жетишсиз ресурстарды катуу үнөмдөө, мамлекеттик бюджеттин каражаттарын, милдеттүү медициналык камсыздандыруу фонддорун пайдалануунун катуу отчеттуулугу менен коштолот.

Материалдык каражаттарды үнөмдөөнүн зарылдыгы, отчеттуулуктун так критерийлеринин жоктугу жана кош бойлуу аялды саналдаштырууга сарпталган каржыны бөлүштүрүү Милдеттүү медициналык камсыздандыруу фондунун, жергиликтүү бюджеттердин жетекчилеринин кош бойлууларды санациялоо боюнча иш-чараларга максаттуу каражаттарды бөлүүдөн баш тартуусунун жүйөлүү себептери болуп саналат. Айрым региондордо (мисалы түштүк региондо) Антимонополдук комитетте бекитилген стоматологиялык кызматтарга центке ылайык кош бойлуу аялдарга стоматологиялык кызмат көрсөтүү үчүн акы киргизилген. Башка региондордо кош бойлууларды санитизациялоо акысыз же жарым-жартылай акы төлөнүүчү негизде жүргүзүлөт [7, 16, 23, 55]. Ошол эле учурда орточо жашоо деңгээли менен оор кырдаал, кариес оорусунун олуттуу көрсөткүчтөрү жана кош бойлуу аялдарда анын оорулары, ооз көндөйүн багуу боюнча билимдердин жоктугу, стоматогендик оорулардын мүмкүн болуучу татаалдашуулары, ошондой эле кош бойлуу аялдарга акысыз стоматологиялык жардам көрсөтүүнүн салттуу практикасы стоматологиялык жардамдын кепилденген көлөмүн берүүдөн башка бардык жагдайлардагыдай эле, дарылоонун жүргүзүлгөн көлөмү үчүн стоматологдордун кызмат көрсөтүүлөрүнө акы төлөөнү киргизүүгө мүмкүндүк бербейт. Айрыкча, ар бир кырдаалда ал жекелештирилиши керек. Ал эми профилактикалык иш-чараларды өз убагында өткөрүүгө жарандардын ар кандай категорияларындагы ар кандай ыкмалар кепилденген жардамдын базалык көлөмүн берүүгө экстраполяцияланууга тийиш, анын

деңгээлинен ашык пациенттер кошумча акы төлөөгө милдеттүү [8, 21, 53, 79]. Социалдык камсыздандыруу, милдеттүү медициналык камсыздоо фонддорунун бул көйгөйдү чечүү үчүн белгилүү бир деңгээлдеги каржысы бар. Чыгымдардын белгилүү бир бөлүгүн ыктыярдуу медициналык камсыздандыруу фонддору, жакырларга жана муктаждарга жардам берүү фонддору, айрым региондордун тургундарын колдоо ж.б. [4, 17, 46, 98]. Бирок колдоо көрсөтүү программаларына киргизүүнүн так критерийлеринин жоктугу, иштелип чыккан муктаждыктардын, алардын наркынын жоктугу, кош бойлуу аялдарды кошумча мотивациялоо принцибин киргизүү зарылдыгы, ооз көндөйүн санациялоо проблемасын чечүү мүмкүнчүлүгүнүн бир нече деңгээлин берүү Кыргызстанда кош бойлуу аялдардын ооз көндөйүн санациялоо сыяктуу маанилүү милдетти комплекстүү чечүүгө жолтоо болууда.

Жыйынтык

Кыргызстанда өткөн кылымдын 1990-жылдарынан тартып башталган социалдык-саясий пландын реформалары саясий түзүлүштү, өнүгүүнүн экономикалык мыйзам ченемдүүлүктөрүн түп-тамырынан бери өзгөрттү жана саламаттык сактоого жана жарандарды социалдык колдоонун башка чөйрөлөрүнө олуттуу таасирин тийгизди. Каржылоону кыскартуу, уюштуруу реформасын жүргүзүү зарылдыгы, саламаттыкты сактоонун өнүгүү артыкчылыктарын өзгөртүү ден соолукту коргоонун көптөгөн тармактары, атап айтканда стоматология үчүн аман калуунун конкреттүү маселелерин койдү.

Кыргызстанда ар кайсы региондордун өнүгүү деңгээлдеринде теңсиздик байкалган. Түштүк региондордо: Ош, Жалал-Абад, Баткен облустарында – өнөр жайдын өнүгүүсү азыраак, өнүгүү темптери боюнча артта калуу, айыл калкынын басымдуу бөлүгү, чарбанын инфраструктурасынын өнүкпөгөндүгү, ички жана тышкы миграциянын жогорку темптери жана башкалар.

Адабияттардын маалыматтары менен таанышуу мамлекет тарабынан көрсөтүлүүчү медициналык, анын ичинде стоматологиялык кызматтардын көлөмү жана тизмеси каржылоонун көлөмүнө түздөн-түз байланыштуу экендигин

көрсөттү. Стоматологиялык кызмат конкреттүү дарылоо жана реабилитациялык кызматтарды көрсөтүү контекстинде жарандарды камсыздандыруу менен камсыздоону уюштурууда кыйынчылыктарга ээ. Ушундан улам, ал медициналык камсыздандыруу системасына (жалпы мамлекеттик деңгээлде) акыркы киргизилген. Стоматологиялык профиль боюнча кепилденген медициналык камсыздоону уюштуруу ар кандай варианттарга ээ: жеке практикадагы дарыгерлердин кызматтарын камсыздандырып колдоодон тартып, алдын алуунун коомдук маанилүү чараларына чейин, атап айтканда, тамак-аш азыктарын фторлоо, ооз көңдөйүнүн гигиенасы боюнча билимди жогорулатуу ж.б. өткөөл мезгилде, коомдук саламаттык сактоо системасын түзүү учурунда стоматологиялык кызмат жардамды уюштуруу, каржылоо, жабдуулар, шаймандар, материалдар менен камсыз кылуу боюнча кыйла кыйынчылыктарды башынан өткөрөт. Саламаттык сактоодо реформаларды жүргүзүү, 1996-жылдан баштап "Манас" саламаттык сактоону реформалоо программасы кабыл алынганда биринчи кезектеги милдет медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн сактоо, негизинен стационардык медициналык жардамды амбулаториялык-поликлиникалыкка кайра багыттоо болуп калган. Финансылык-экономикалык жактан медициналык камсыздоо бөлүмдөрүнүн өз алдынчалыгын күчөтүү, менчиктин жаңы түрлөрүн өнүктүрүү, өзүн-өзү каржылоонун прогрессивдүү формаларын киргизүү, медициналык уюмдун бюджетин бөлүштүрүү.

Жогоруда айтылгандай саламаттык сактоодогу реформалардын башталышы – түзүмүн өзгөртүү, саламаттык сактоо мекемелерин каржылоонун жаңы ыкмасын киргизүү эки пилоттук региондо – Чүй жана Ысык-Көл облустарында башталды. Биринчи тажрыйбанын натыйжаларын эске алуу менен Саламаттык сактоодогу реформалардын экинчи этабы республиканын калган региондоруна жайылтылды. Республиканын Түштүк региондоруна реформаларды жайылтуунун биринчи тажрыйбасын биз изилдөөбүздө талдап чыгууга, ошондой эле мамлекеттик стоматологиялык тармакты стратегиялык өнүктүрүүнүн багыттарын аныктоого аракет кылдык.

Бул маселени чечүү үчүн бир нече маселелерди чечүү керек болчу. Биринчиден, структурага, каржылоо көлөмүнө, кадрларга, материалдык-техникалык камсыздоого ж.б. муктаждыкты аныктоо үчүн региондогу тиш кариесинин, анын татаалдашынын, ооз көндөйүнүн жана жаак-бет жагынын башка ооруларынын абалын аныктоо зарыл болгон. Региондогу оорулардын тенденциясын аныктоо. Андан ары түштүк региондордогу стоматологиялык секторду түзүмдүк реформалоонун ийгилигин талдоо зарыл болду. Каржылоонун артыкчылыктарын аныктоо, калктын аярлуу катмарын даректүү колдоо боюнча сунуштарды иштеп чыгуу, камсыздандырууну колдоонун, материалдык камсыздоону күчөтүүнүн багыттарын белгилөө.

Адабий булактарды талдоо саламаттык сактоону реформалоодо стоматологиялык сектор жардамдын көлөмүнүн, түзүмүнүн кыскарышын, каржылоо принциптеринин өзгөрүшүн күткөндүгүн көрсөтүп турат. Кыргызстанда реформалардын салыштырмалуу тез темптери кыйла начар позициялар, экономикадагы көрсөткүчтөрдүн катастрофалык төмөндөшү менен шартталган, бул медициналык жардамдын деңгээлин – көлөмүн жана сапатын турукташтыруу боюнча кардиналдуу чараларды көрүүгө аргасыз кылган. Кыргызстанда биринчилерден болуп "Манас" саламаттык сактоону реформалоо программасы кабыл алынган. Ал жакшы тажрыйбаны сактоону, медициналык жардам көрсөтүү системасынын ишин оптималдаштыруу стратегиясын иштеп чыгууну жана киргизүүнү болжолдогон. Реформалоодо Милдеттүү медициналык камсыздандыруу фонду түзүлүп, баштапкы медициналык-санитардык жардамга артыкчылык берүү менен амбулаториялык жана стационардык секторлорду бөлүү, баштапкы звенодогу дарыгерлерди кайра даярдоо, каржылоону өзгөртүү каралган.

Стоматологиялык секторду реформалоодо негизги максаттар медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгүн жогорулатуу, ден соолукту сактоого көмөктөшүү, саламаттык сактоо ресурстарын натыйжалуу пайдалануу, көрсөтүлгөн кызматтардын жогорку сапатына жетишүү, медициналык тейлөөгө канааттануу болду.

2-БАП.

МАТЕРИАЛДАР ЖАНА ИЗИЛДӨӨ МЕТОДДОРУ

Методикалык изилдөөлөр, изилдөөнүн негизги маселелерин чечүү үчүн иштелип чыккан жана жүргүзүлгөн: стоматологиялык оорулардын деңгээли, жайылышындагы жана интенсивдүүлүгүндөгү эпидемиологиялык өзгөчөлүктөр, уюштуруу түзүмүн реформалоонун натыйжалары, каржылоо методдору, стоматологдордун кадрдык потенциалын күчөтүү, стоматологиялык кызматты материалдык-техникалык жактан камсыздоону өзгөртүү, стоматологияда жүргүзүлүүчү негизги процедуралардын наркын изилдөө, өзгөчө калктын декреттелген топтору үчүн: балдар, кош бойлуу аялдар жана балдар, Кыргызстандын түштүк регионунун калкы үчүн профилактикалык стоматологиялык иш-чараларды пландаштыруу.

Биз өз ишибизде социалдык-гигиеналык изилдөөлөрдүн мындай ыкмаларын колдондук: эпидемиологиялык-стоматологиялык оорулардын таралышын жана интенсивдүүлүгүн аныктоо, оозеки гигиенанын абалын аныктоо, статистикалык, экономикалык, ж.б. изилдөө 2020-2023 - жылдар аралыгындагы мезгилди камтыды.

Бул мезгилде изилденген:

- 2000-2011-жылдар аралыгындагы республиканын саламаттык сактоосу боюнча, атап айтканда Түштүк облустары боюнча расмий статистиканын отчеттору.

- 2019-2024-жылдарга Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Республикалык медициналык - маалыматтык борборунун "саламаттык сактоо ресурстары жана аларды пайдалануу" статистикалык материалдары.

- 2019-2024-жылдар үчүн республиканын түштүк региондорундагы стоматологиялык мекемелердин иши жөнүндө отчеттун маалыматтары.

Республикалык медициналык-маалыматтык борбордун, Улуттук статистика комитетинин, Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин маалыматтары боюнча Түштүк региондун бардык үч облусунун: Ош, Жалал-Абад жана Баткен облустарынын уюштуруу түзүмүн реформалоонун жыйынтыктары толук изилдөөгө алынды.

Андан кийин эпидемиологиялык, социалдык-гигиеналык изилдөөнүн тандалма ыкмасын колдонуу менен эпидемиологиялык изилдөө жүргүзүлдү.

Эпидемиологиялык изилдөө "тиш абалын изилдөө картасын" түзүү менен жүргүзүлөт. Тиш жаак системасынын патологиясынын негизги стоматологиялык ооруларынын таралышы жана интенсивдүүлүгү, ооз көңдөйүнүн гигиенасынын абалы боюнча изилдөө жүргүзүлдү.

Андан ары кош бойлуу аялдардын оозеки саламаттыгынын абалын жана тиш доктурдун дарылоосунун баасын изилдөө жүргүзүлдү. Бул үчүн биз Кыргыз Республикасынын түштүк регионунда, тактап айтканда Ош облусунун Кара-Суу районунда кош бойлуу аялдарды дарылоо боюнча ооруга чалдыгууну, ошондой эле дарылоонун орточо наркын изилдедик.

2.1-таблица – Изилдөө этаптары жана методдору

Этаптары	Изилдөө методдору	Маалымат булактары
1.Кыргыз Республикасынын Чүй жана Ысык – Көл облустарында-пилоттук региондордо Стоматология системасын реформалоонун натыйжаларын изилдөө	Салыштырмалуу-тарыхый, аналитикалык,	Ата мекендик жана чет өлкөлүк адабияттарды жана расмий булактарын талдоо. Саламаттык сактоонун Мыйзамдык-ченемдик базасы .

2.1-таблицанын уландысы

2.Түштүк региондогу учурдагы эпидемиологиялык кырдаалды, реформа шарттарында стоматологиялык мекемелерди реформалоонун өзгөчөлүктөрүн изилдөө	Сериялык (уялоочу) тандоо ыкмасы боюнча эпидемиологиялык тандалма изилдөө Тандалма байкоо Статистикалык анализ	Атайын иштелип чыккан анкета, эсепке алуу-отчеттук формалар, райондордун, облустардын башкы стоматологдорунун отчеттору. Саламаттык сактоонун Мыйзамдык-ченемдик базасы .
3.Кош бойлуу аялдарда тиш ооруларынын таралышын жана интенсивдүүлүгүн, дарылоонун баасын изилдөө	Тандалма бир жолку байкоо Маалыматтык жана методикалык материалдарды изилдөө жана талдоо	Атайын иштелип чыккан анкета, эсепке алуу жана отчеттуулук бланктары, кош бойлуу аялдарды текшерүү жана дарылоо журналы.
4. Ош шаарынын мектеп окуучуларынын топторунда дарылоо-алдын алуу иш-чараларынын натыйжалуулугун жана наркын баалоо боюнча изилдөө жүргүзүү	Тандалма бир жолку байкоо Маалыматтык жана методикалык материалдарды изилдөө жана талдоо	Стоматологиялык абалды текшерүү, журналдардын каржылык отчеттору жана текшерилген бейтаптардын медициналык жазуулары
5. Структуралык системаны натыйжалуулугун талдоо жана баалоо, бейтаптарды дарылоонун оптималдаштырылган режимдерин колдонуу мүмкүнчүлүктөрү	Салыштырмалуу анализ ыкмасы Статистикалык ыкма Пациенттерди текшерүү карталарын жана методикалык материалдарды изилдөө жана талдоо	ҮМБнын алдындагы стоматологиялык поликлиникалардын, бөлүмдөрдүн эсептик-отчеттук формалары. Атайын иштелип чыккан анкеталар

2.1 Эпидемиологиялык изилдөө

2005-жылдан 2011-жылга чейинки мезгилде Ош мамлекеттик университетинин медицина факультетинин илимий-изилдөө планына ылайык Кыргыз Республикасынын түштүк региондорунун жашоочуларына стоматологиялык жардамды оптималдаштыруу ыкмаларын иштеп чыгуу, оорунун абалын аныктоо максатында изилдөөлөрдүн циклин жүргүздүк, ал бир катар этаптарга бөлүштүрүлдү (таблица. 1).

Эпидемиологиялык изилдөөлөр сериялык (уя салуу) тандоо ыкмасы боюнча жүргүзүлдү. Мектеп окуучуларын текшерүү ДССУнун сунуштарын эске алуу менен иштелип чыккан атайын "стоматологиялык статусун текшерүү картасын", модификацияны колдонуу менен жүргүзүлдү. Стоматологиялык оорулардын эпидемиологиясы боюнча изилдөөлөрдү биз облустук, райондук стоматологиялык поликлиникалардын атайын калибрлөөдөн өткөн дарыгерлеринин катышуусунда жүргүздүк. Тиш жана пародонт ткандарынын жабыркашынын оордугун чечмелөө жана баалоо үчүн ылайыктуу, адекваттуу мамилени иштеп чыгуу, ошондой эле аларды текшерүү картасында туура чагылдыруу үчүн, биз ошондой эле атайын көрсөтмөлөрдү иштеп чыктык, алар менен экспертизаларды жүргүзгөн бардык катышуучуларга көрсөтмө берилди.

Иштин милдеттерине ылайык, изилдөө пландаштырылган мекемелерди тандоо жүргүзүлдү. Булар төмөнкү калктуу конуштардагы жалпы билим берүүчү орто мектептер болгон: Ош облусунда – Кара - Суу районунун Монок айылында, А.Эшматов атындагы орто мектепте (692 окуучу), Ош шаарында – С. М. Киров атындагы орто мектепте (101 окуучу), Баткен облусунда – Өзгөн районунун А. Камбаров атындагы орто мектепте, Мирза-Аки айылында (978 бала жана өспүрүмдөр), орто мектепте. Мырзакулова, Чоң-Алай району, Дароот коргон айылы (413 окуучу).

Маалыматтар атайын иштелип чыккан стоматологиялык абалды текшерүү картасына жазылып, биз өзгөрткөн ДСУнун стоматологиялык статусун текшерүү картасынын (1985) бардык негизги бөлүмдөрүн камтыган. Кариестин таралышы текшерилүүчүнүн ооз көңдөйүндө кариоздук тиштердин

болушу же жоктугу боюнча бааланган. Таралышы пайыз катары көрсөтүлгөн. Тиш кариесинин интенсивдүүлүгү кпу индекси жана кп чоңдугу боюнча бааланган. Индексти эсептөөдө так баскычындагы кариес жана жарака кариеси эске алынган. Пародонт ткандарынын гигиеналык абалы ООТ индекси боюнча бааланган. Кариестин күчөшүн аныктоо үчүн ошол эле мектепте - Кара-Суу районунда, Монок айылында, А.Эшматов атындагы орто мектебинде 5-11-класстын окуучулары беш жыл аралыгында изилденди. Комплекстүү периодонт индекси (КПИ) П. И. Леус (1988) индекстин ордуна. Автордун айтымында, индекстин артыкчылыктары кадимки стоматологиялык инструменттерди колдонуунун маалыматтуулугунда, ошондой эле аны аныктоо үчүн атайын даярдалган кызматкерлердин кереги жок. КПИ балдар менен чоңдорго парадонталдык статусун топток аныктоо үчүн колдонулат. Жаш курагына жараша мындай тиштер колдонулат: 3-4 жашта – 54, 65, 74, 85 жашта; 7-14 жашта – 16, 11, 26, 36, 31, 46-й; өспүрүмдөрдө жана чоңдордо – 17/16, 11, 26/27, 37/36, 31, 46/47-й. Текшериле турган тиш жок болгон учурда, бир топтун ичинде эң жакынын изилдөөгө болот. Эгерде бир топтун ичиндеги бардык тиштер жок болсо, парадонт абалынын максималдуу оордугу жазылат. Бир катар белгилер болгондо кыйла оор жабыркоо белгиленет. Текшерилгендердин жашына карабастан КПИНИН маанилерин интерпретациялоо: 0,1 – 1-оорунун коркунучу бар; 1,1 – 2-жеңил жабыркоо даражасы; 2,1 – 3-орточо; 3.6 – 5-оор.

2.2 Тиш аномалияларынын таралышын стоматологиялык изилдөө, ортодонтиялык жардамга муктаждык.

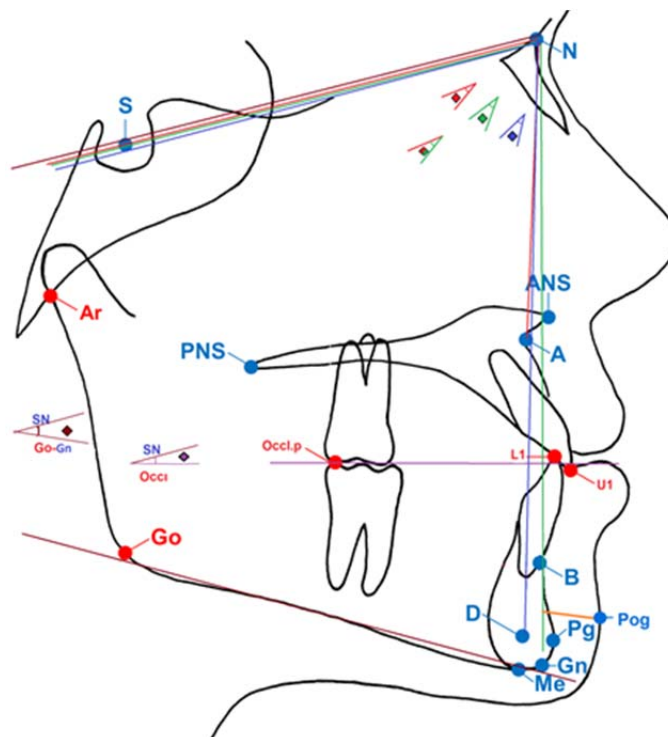
Алгачкы текшерүүдө пациенттин стоматологиялык текшерүү картасы толтурулуп, маалыматтар атайын каттоо журналына жазылып, анда стоматологиялык статустун динамикасы, түштүк регион боюнча бекитилген стоматологиялык кызмат көрсөтүү прејскурантына ылайык жүргүзүлгөн дарылоонун наркы белгиленген. Кариестин жабыркашын баалоо үчүн КПУ индексинин мааниси аныкталды.

2.3 Цефалометриялык изилдөөлөр

Изилдөөгө 21 эркек жана 23 аял 16-25 жашта (орточо жашы 20,5 жаш) кирген. Изилдөө тобуна Ош мамлекеттик университетинин медицина факультетинин студенттери жана 2021-2022-жылдар аралыгында Ош шаарындагы стоматологиялык клиникалардын бейтаптары кирген, катышуучулар тиштердин катышына, классына (энглю боюнча малокклюзия классификациясы), тең салмактуу профилине, мурунку ортодонтиялык дарылоонун жоктугуна жана туруктуу тиштердин толук жарылуусуна негизделген бейтаптардын чоң үлгүсүнөн тандалып алынган. Тандоодо катышуучулардын этностук таандыктыгы да эске алынган (алардын энеси, атасы, чоң атасы жана чоң атасы Кыргыз болушу керек же болушу керек). Изилдөө Ош мамлекеттик университетинин медицина факультетинин изилдөө жана этика комитети тарабынан жактырылган. Изилдөөгө катышкан бардык адамдардан жазуу жүзүндө билдирилген макулдук алынды.

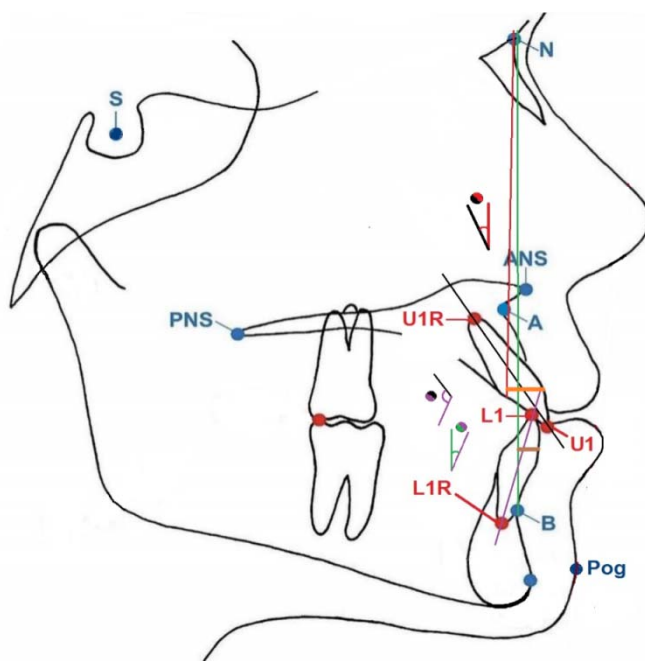
Жалпысынан 44 каптал цефалограмма чогултулуп, санариптештирилген, ар бир бейтапка бирден. Бардык цефалограммалар өндүрүүчүнүн сунуштарына ылайык бир эле цефалостатты (от 3с 2020) колдонуу менен стандарттуу түрдө алынган. Тактап айтканда, бейтаптын башы цефалостатка табигый абалда, тиштери тиштегенде жана эриндери жайбаракат абалда жайгаштырылган. Цефалограммаларды талдоо Цефалометриялык анализ үчүн 8.5 версиясынын (Osstem, Сеул, Корея) программалык камсыздоосунун жардамы менен жүргүзүлдү. Атап айтканда, Штайнердин сызыктуу жана бурчтук параметрлери алынган (2.3.1-сүрөт, 2.3.2-сүрөт).

Бейтаптардын баш сөөгүнүн каптал цефалограммалары төмөнкү параметрлерди өлчөө үчүн колдонулган: SNA, SNB, SNB, SND, U1-NA, U1-NA, L1-NB, L1-NB, P-NB, 1-1 (межрезцовый бурч), окклюзиондук-SN, Gn-SN (Steiner), S-line.



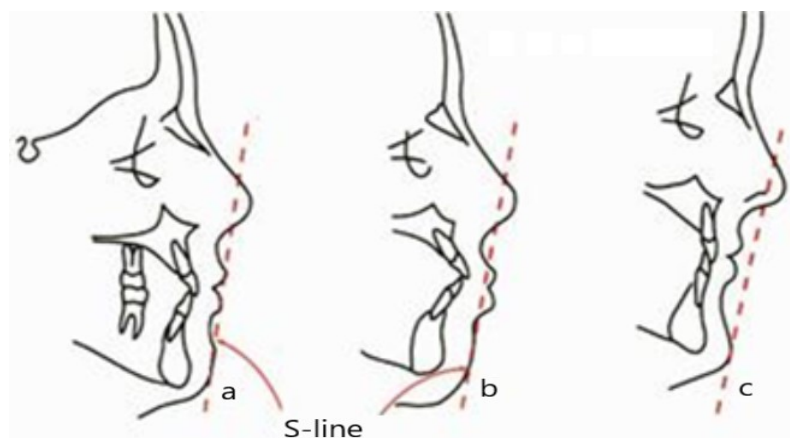
2.3.1-сүрөт – Штайнер талдоо боюнча скелет параметрлери.

SNA (угол), SNB (бурч), SND (бурч), ANB (бурч), окклюзиондук тегиздик-SN (бурч), GoGn-SN (бурч), Pog-NB (сызыгы).



2.3.2-сүрөт – Штайнер талдоо боюнча тиш параметрлери.

U1 - NA (бурч), U1 - NA (сызыгы), L1 - NB (бурч), L1 - NB (сызыгы), кесүү бурчу



2.3.3-сүрөт – Эриндер: салмактуу (a), жылдырылды (b), жалпак (c).

2.4 Статистикалык анализ

Маалыматтар топтомун мүнөздөө үчүн биз сүрөттөөчү статистиканы колдондук. Атап айтканда, бардык статистикалык анализдер казакстандык калктын өкүлдөрүнүн жыйындысында жүргүзүлгөн IBM SPSS Statistics версии 25.0 для Windows. Бардык маалымат түрлөрү үчүн $P\text{-value} < 0,001$ мааниси статистикалык жактан маанилүү деп эсептелген.

Изилдөөнүн жыйынтыгы студенттердин критерийин колдонуу менен, PC Пентиум, математикалык иштелип чыккан. Штайнердин параметрлерине идеалдуу шилтемелерди Кыргыз популяциясынын орточо цефалометриялык параметрлери менен салыштыруу үчүн биз көз карандысыз бир тандоо тестин пайдаландык. Биринчиден, бардык цефалометриялык параметрлердин орточо жана стандарттык четтөөлөрү (Фор) эсептелген. Андан кийин Стьюденттик стьюденттин көз карандысыз тест-тестинин жардамы менен казакстандык эркектер жана аялдар үчүн параметрлердин орточо маанилеринин ортосундагы айырмачылыктар эсептелди. Акыр-аягы, Казак популяциясынын бардык параметрлеринин орточо мааниси 8-10 кавказдыктар жана башка популяциялардын орточо маанилери менен стьюденттик көзкарандысыз тест аркылуу салыштырылды

3-БАП.

ӨЗ АЛДЫНЧА ИЗИЛДӨӨ ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

3.1 Стоматологиялык ооруга чалдыгуунун эпидемиологиялык көрсөткүчтөрү: Кыргыз Республикасынын Ош облусунда негизги стоматологиялык патологиянын таралышы жана интенсивдүүлүгү

2020-2023 – жылдары Ош облусунда жана Ош шаарында мектеп жашындагы балдардын тиш ден соолугунун негизги көрсөткүчтөрүн-тиш кариесинин таралышын, интенсивдүүлүгүн изилдөө үчүн.

Биз мектеп жашындагы 793 баланы текшердик: Кара-Суу районунда, Мөнөк айылында, А.Эшматов атындагы орто мектепте, 413 мектеп окуучусунда 692 бала текшерилди. Мырзакулова с. Чоң Алай районунун Дароот коргон жана 101 окуучу-Ош шаарындагы С. Киров атындагы орто мектепте – Башкача айтканда, оорунун толук картинасын алуу үчүн шаардын жана айыл аймагынын, жапыз жана бийик тоолуу аймактардын жашоочулары изилденген.

Ош шаарындагы С. Кирова Орто мектептебинин тиш кариесинин таралышын жана интенсивдүүлүгүн изилдөөнүн натыйжалары 3.1.1-таблицада келтирилген. Бул изилдөөнү жүргүзүүдө биз ДСУнун жыйынтыктардын өкүлчүлүгүн тандоо боюнча негизги талаптарын аткардык. ДССУ 5-6, 12, 15 жана 18 жаштагы балдарды, ошондой эле 35-44 жана 65-74 жаштагы чоң кишилерди жана улгайган адамдарды текшерүүнү сунуштайт. Кыскартылган изилдөө менен 12 жаштагы балдарды гана көрүүгө болот. Изилдөө үчүн ДССУ сунуш кылган калктын негизги топторунун биринде Ош шаарынын өкүлү болгон топ тандалып алынган.

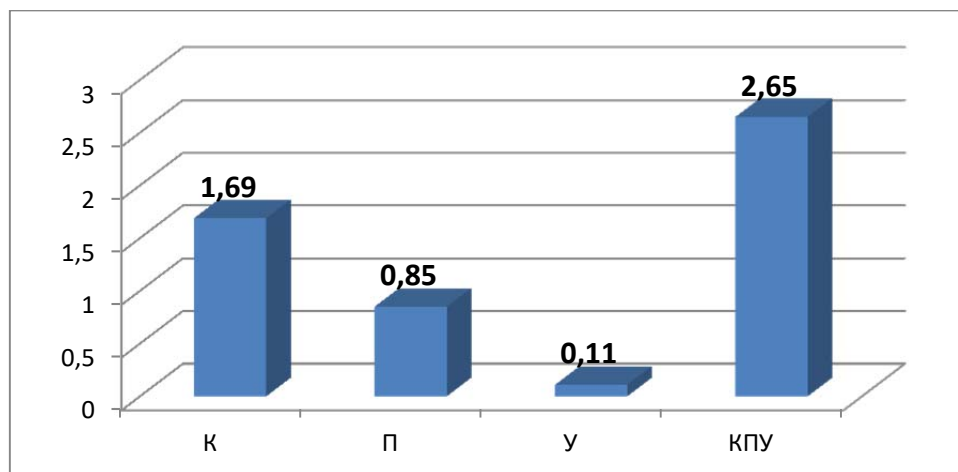
3.1.1-таблица – Ош шаарынын С. Киров атындагы орто мектебинин окуучуларында туруктуу тиш кариесинин таралышынын жана интенсивдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү

Жашы	Баары	Б	К	Таралышы%	К	П	У	КПУ
10	1	-	1	100	2	1	-	3
11	42	21	21	83.3	1.29	0.69	0.14	2.12
12	55	25	30	81.8	2.15	0.36	0.31	2.82
13	3	2	1	100	1.33	1.33	-	2.67
Бардыгы	101	48	53	83.2	1.69	0.85	0.11	2.65

Ар бир региондо айыл жана шаар тургундары текшерилиши керек, бул биз үчүн жасалды. Тандоонун көлөмү статистикалык ыкмалар менен эсептелген сурамжылоонун талап кылынган тактыгы менен аныкталат. Бир аймакта, бир курактык топтогу балдардын саны 40-50 адамдан кем болбошу керек (биздин изилдөөбүздө 55 окуучу 12 жашта).

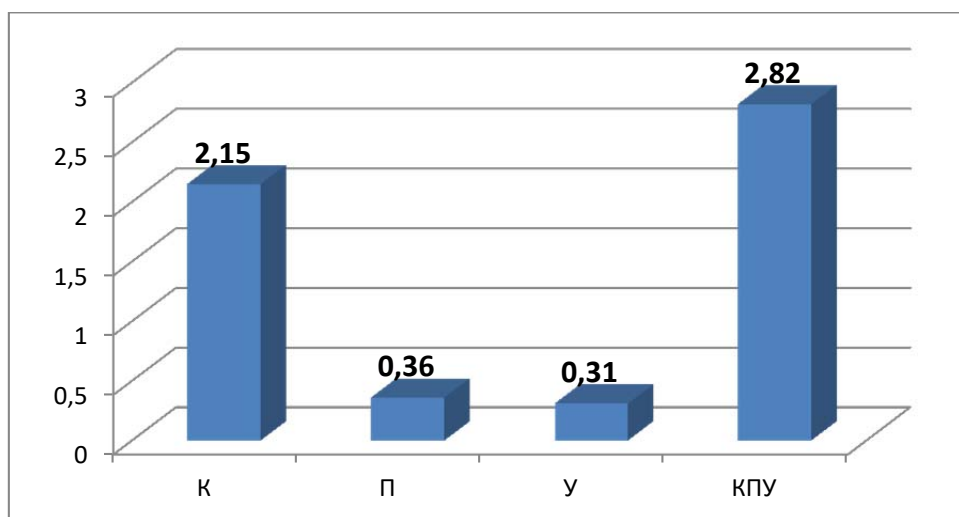
Изилдөөнүн жыйынтыгы боюнча, 101 окуучунун 48и эркек балдар, 53ү кыздар экени аныкталды. Изилдөө тобунда тиш кариесинин таралышы 83.2% түздү. Биздин маалыматтар мурда алынган маалыматтардан салыштырмалуу башкача. Биздин маалыматтар боюнча 12 жаштагы балдарда тиш кариесинин таралышы 82% ды түздү (3.1.1-таблица).

Текшерилген топтогу тиш кариесинин интенсивдүүлүгү КПУ=2.65 болгон. К компоненти-1.69, п компоненти-0.85, у компоненти-0.11. Интенсивдүүлүк индексинин компоненттеринин графикалык катышы 3.1.1-сүрөттө көрсөтүлгөн.



3.1.1-сүрөт – Ош шаарынын С. Киров атындагы орто мектебинин окуучуларынын тиш кариесинин интенсивдүүлүгүнүн индексинин компоненттери.

Ош шаарынын 12 жаштагы окуучуларынын тиш кариесинин интенсивдүүлүгүнүн индексинин компоненттеринин катышы 3.1.2-сүрөттө көрсөтүлгөн. Маалыматтар 3.1.1-сүрөт жана 3.1.2-сүрөт Ош шаарынын стоматологиялык уюмдарында дарылоо-алдын алуу иштеринин жетишсиздигин ачык көрсөтүп турат, анткени интенсивдүүлүк индексин түзүүчү – К басымдуулук кылат жана башка түзүүчүлөрдөн – П жана У. пломбаланган тиштердин индекси КПУ индексинин 14% ын түзөт.



3.1.2-сүрөт – Ош шаарынын С. Киров атындагы орто мектебинин 12 жылдык окуучуларынын тиш кариесинин интенсивдүүлүгүнүн индексинин компоненттери.

Ош облусунун Кара-Суу районунун А.Эшматов атындагы орто мектебинин, Мөнөк айылынын окуучуларынын тиш абалын изилдөөнүн жыйынтыктары 3.1.2 жана 3.1.3-таблицада көрсөтүлгөн.

Ош облусунун Кара - Суу районундагы А. Эшматов атындагы орто мектебинин, Мөнөк айылынын айыл аймагындагы мектеп окуучуларынын тиш статусунун абалын изилдөөнүн жыйынтыктарынын анализи көрсөткөндөй, 692 окуучунун 344ү эркек балдар, ал эми 348и 1-10-класстагы кыздар болгон.

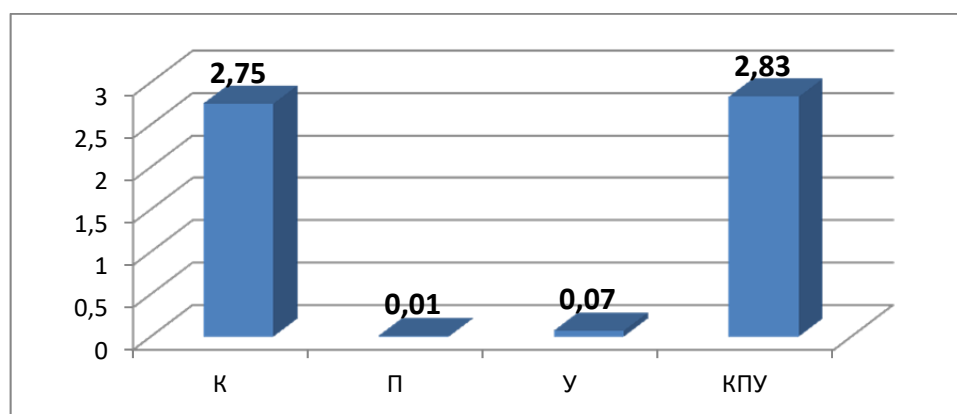
3.1.2-таблица – Ош облусунун Кара-Суу районун Мөнөк айылынын, А. Эшматова орто мектебинин 1-10-класстарынын окуучуларында туруктуу тиш кариесинин таралышынын жана интенсивдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү

Жашы	Баары	Б	К	Таралышы %	К	П	У	КПУ
7	47	32	15	89.4	0.02	-	-	0.02
8	40	15	25	90.0	0.98	-	-	0.98
9	63	31	32	92.1	1.24	-	-	1.24
10	58	28	30	87.9	1.34	0.02	-	1.36
11	63	33	30	93.6	2.36	0.03	0.03	2.42
Баарды гы	271	139	132	90.8	1.19	0.01	0.01	1.20
12	80	36	44	90.0	2.95	-	0.03	2.98
13	86	49	37	92.1	3.48	0.02	0.03	3.53
14	85	36	49	87.1	3.47	0.01	0.08	3.56
15	41	25	16	95.1	3.71	-	0.17	3.87
16	129	59	70	91.2	4. 47	0.02	0.19	4.68
Баарды гы	692	344	348	90.7	2.75	0.01	0.07	2.83

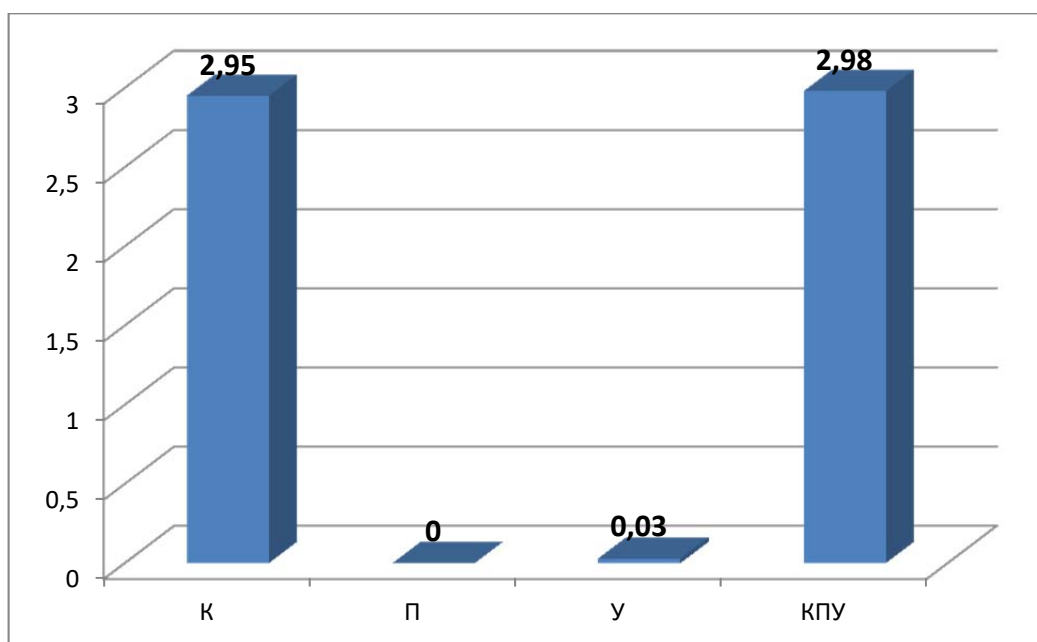
3.1.3-таблица – Ош облусунун Кара-Суу районун Мөнөк айылынын А. Эшматов орто мектебинин окуучуларында сүт тиштеринин кариесинин таралышынын жана интенсивдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү

Жашы	Ббаары	Б	К	Таралышы %	к	п	кп
7	47	32	15	89.4	5.49	-	5.49
8	40	15	25	90.0	5.53	-	5.53
9	63	31	32	92.1	3.41	-	3.41
10	58	28	30	87.9	2.22	-	2.22
11	63	33	30	93.6	1.52	0.01	1.53
12	80	36	44	90.0	0.58	0.01	0.59
13	86	49	37	92.1	0.25	0.02	0.27
Баардыгы	437	224	213	90.8	2.71	0.01	2.72

Ош облусунун Кара-Суу районунун А. Эшматов атындагы орто мектебинин, Мөнөк айылынын окуучуларынын катуу тиш ткандарынын ооруусун аныктоо боюнча жыйынтыктардын графикалык чагылдырылышы 3.1.3 жана 3.1.4-сүрөттөрдө көрсөтүлгөн.



3.1.3-сүрөт – Ош облусунун Кара-Суу районунун Мөнөк айылындагы А.Эшматов атындагы орто мектептин 1-10-класстарынын окуучуларынын тиш кариесинин интенсивдүүлүгүнүн индексинин компоненттери.



3.1.4-сүрөт – Ош облусунун Кара-Суу районунун Мөнөк айылындагы А. Эшматов атындагы орто мектептин 12 жылдык окуучуларынын тиш кариесинин интенсивдүүлүгүнүн индексинин компоненттери.

Алынган маалыматтарды талдоо Ош облусунун айыл аймагындагы мектеп окуучуларынын арасында санитардык-профилактикалык, санитардык иштерди жүргүзүүдөгү мындан да татаал абалды көрсөттү. Пломбаланган тиштердин санын мүнөздөгөн интенсивдүүлүк индексинин компоненттери дээрлик нөлгө барабар. Тиш кариесинин интенсивдүүлүгүнүн индексинин негизги мазмуну кариоздуу тиштердин саны менен аныкталат; ал эми тиштерди дарылоо дээрлик жүргүзүлбөйт (3.1.3 жана 3.1.4-сүрөттү караңыз).

Жогоруда да айтылгандай, тиш кариес интенсивдүүлүгүнүн өсүшүн аныктоо үчүн биз беш жылдан кийин окуучулардын ошол эле контингентинде ошол эле мектепте кайталап изилдөө жүргүздүк. Бул изилдөө 3.1.4-таблицада берилген.

3.1.4-таблица – А. Эшматова орто мектептин 6-10-класстарынын окуучуларында туруктуу тиш кариесинин таралышынын жана интенсивдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү. Монок айылы, Кара-Суу району, Ош облусу

Жашы	Баары	Б	К	Таралышы %	К	П	У	КПУ
11	32	15	17	65.6	1.44	0.17	0.08	1.69
12	40	22	18	75.0	1.30	-	0.15	1.45
13	50	26	24	68.0	1.42	0.06	0.08	1.56
14	31	13	18	80.6	1.77	0.13	0.06	1.96
15	30	9	21	60.0	1.83	0.03	0.17	2.03
16	56	31	25	78.6	1.69	0.27	0.20	2.16
Баардыгы	241	117	124	72.2	1.61	0.01	0.12	1.83

Беш жылдык интервал менен окуучулардын изилденген тиш кариесинин интенсивдүүлүгүнүн индексинин изилдөө айырмасынын маалыматтарын салыштыруу 3.1.5-таблицада берилген. Тиш кариесинин интенсивдүүлүгү 52.5% түздү.

Пародонт абалын изилдөөгө карата 3.1.6-таблицада чагылдырылган көрсөткүчтөр аныкталган. Изилдөө топтордун ооз көңдөйүнүн гигиеналык абалын изилдөө боюнча көрсөткүчтөрдүн айырмасы мектеп окуучуларынын тобу менен түшүндүрүүгө болот. Ош шаарынын Кирова айылында 10-13 жаштагы окуучулар болсо, А.Эшматов орто мектебинде, Ош облусунун Кара-Суу районунун Монок айылында 7 жаштан 17 жашка чейинки бардык класстардын окуучулары болушкан. Ошондой эле изилдөө жүргүзүүгө жардам берген дарыгерлердин калибрлөөсү жетишсиз.

3.1.5-таблица – А. Эшматова орто мектептин окуучуларында тиш кариесинин интенсивдүүлүгүнүн индексинин салыштырма көрсөткүчтөрү. Мөнөк айылы, Кара-Суу району, Ош облусу

Жыл	Баары	Б	К	К	П	У	КПУ
2005г	271	139	132	1.19	0.01	0.01	1.20
2010г	241	117	124	1.61	0.01	0.12	1.83
Өсүш				0.42	-	0.11	0.63
%				35.3%			52.5%

3.1.6-таблица – А. Эшматова орто мектептин окуучуларынын ооз көңдөйүнүн гигиеналык абалынын көрсөткүчтөрү. Киров айылы, Ош шаары жана орто мектеби, Мөнөк айылы, Кара-Суу району, Ош облусу

Жыл		баар дыг ы	Индекс CPITN					
			дени сак.	Т/калдык тары	Т/кан ашы	Т/таш тары	п/тищ чөнтөгү 4-5	Т/Кый мылду улугу
Ош ш.		101	67	34	-	-	-	-
%		100	66.3%	33.7%	-	-	-	-
Кара- Суу р- ну Мөнөк айылы		692	136	360	191	5	-	-
%		100	19.6%	52.0%	27.6%	0.7%	-	-

Ошентип, биздин изилдөөлөрдүн натыйжасында Ош шаарында тиш кариесинин таралышы - 83,2% аныкталды. Тиш кариесинин интенсивдүүлүгү КПУ=2.65 болгон. (К-1.69, П - 0.85, У - 0.11). Ош облусунун Кара-Суу районунда тиш кариесинин таралышы 90,7% ды түздү. Туруктуу тиштердин

кариесинин интенсивдүүлүгү $KPU=2.83$ болгон. ($K-2.75$, $P-0.01$, $U-0.07$). 12 жаштагы туруктуу тиш кариес сыйымдуулугу $KPU = 2.98$ түзгөн. ($K-2.95$, $P-0$, $U-0.03$). 7 жаштагы балдардын сүт тиштеринин кариесинин интенсивдүүлүгү $KP=5.49$ ($k-5.49$, $p-0$) түздү. Ош облусу боюнча тиш кариесинин интенсивдүүлүгүнүн өсүшү $52,5\%$ ды түздү. Гигиеналык иш-чараларды өткөрүүгө муктаждык Ош шаары боюнча $33,7\%$ ды жана айыл аймагы боюнча $80,4\%$ ды түздү.

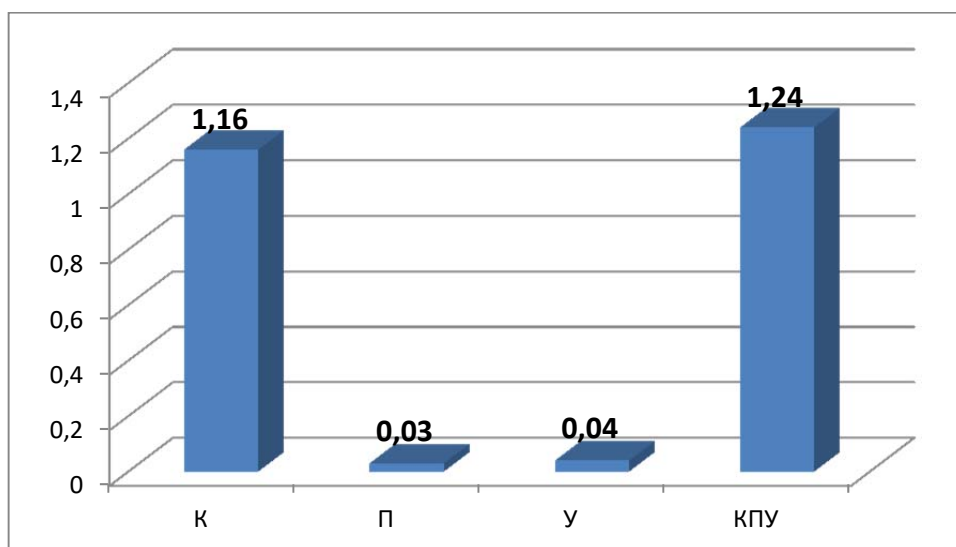
Андан кийин биз Кыргыз Республикасынын Баткен облусундагы стоматологиялык оорулардын абалын аныктадык. Баткен облусунун Кадамжай районунун Ак жол айылындагы А. Камбаров атындагы орто мектебинде мектеп жашындагы 978 баланы изилдедик. Башкача айтканда, медициналык стоматологиялык жардам алуу мүмкүнчүлүгү жагынан кыйла аярлуу айыл аймагынын тургундары текшерилди. Баткен облусунун Кадамжай районунун Ак-жол айыл аймагындагы А.Камбаров атындагы орто мектебинде тиш кариесинин таралышын жана интенсивдүүлүгүн изилдөөнүн жыйынтыктары 3.1.7-таблицада келтирилген.

Изилдөөнүн жыйынтыгы боюнча, 978 окуучунун 490у эркек балдар, 488и кыздар экени аныкталды. Изилдөө тобунда тиш кариесинин таралышы 81.1% түздү. Биздин маалыматтар мурда алынган маалыматтардан салыштырмалуу башкача. Биздин маалыматтар боюнча 12 жаштагы балдарда тиш кариесинин таралышы 79.3% түздү (3.1.7-таблицаны караңыз).

Текшерилген топтогу тиш кариесинин интенсивдүүлүгү $KPU=1.24$ болгон. К компоненти- 1.16 , п компоненти - 0.03 , У компоненти - 0.04 . Интенсивдүүлүк индексинин компоненттеринин графикалык катышы 3.1.5-сүрөттө көрсөтүлгөн.

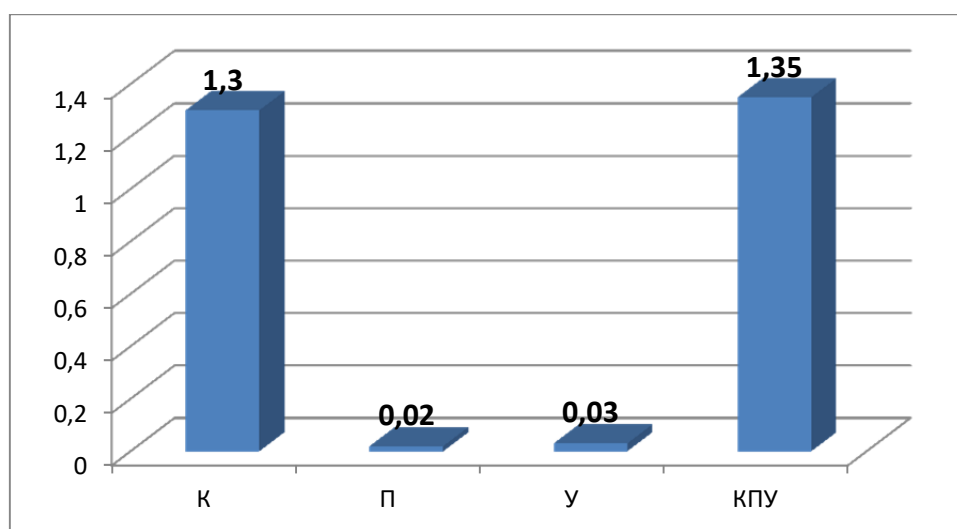
3.1.7-таблица – Ош облусунун Өзгөн районунун Мырза-аке айылындагы орто мектептин окуучуларынын туруктуу тиш кариесинин таралышынын жана интенсивдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү

Жашы (жылы)	Баары	Б	К	Таралышы (%)	КПУ	алардын ичинен			кп	алардын ичинен	
						К	П	У		к	п
7	102	63	39	95.1	0.06	0.06	0	0	5.70	5.65	0.01
8	36	13	23	88.9	0.28	0.28	0	0	5.00	5.00	0
9	42	15	27	92.9	0.69	0.69	0	0	3.88	3.88	0
10	87	38	49	90.8	0.64	0.58	0.01	0.05	3.25	3.25	0
11	29	12	17	72.4	1.10	1.03	0.07	0	0.76	0.76	0
12	212	117	95	79.3	1.35	1.30	0.02	0.03	0.89	0.89	0
13	66	39	27	71.2	1.71	1.61	0.03	0.07	0.18	0.16	0.01
14	157	82	75	73.9	1.85	1.70	0.06	0.09	0.07	0.06	0.01
15	51	34	17	78.4	2.14	2.06	0.04	0.04	0.02	0.02	0
16	99	43	56	80.8	1.96	1.82	0.07	0.07	0	0	0
17	97	34	63	76.3	1.87	1.66	0.12	0.10	0.07	0.07	0
Баардыгы	978	490	488	81.1	1.24	1.16	0.03	0.04	1.80	1.80	0



3.1.5-сүрөт – Ош облусунун Өзгөн районундагы Мырза аки айылынын орто мектебинин окуучуларынын тиш кариесинин интенсивдүүлүгүнүн индексинин компоненттери.

12 жаштагы орто мектеп окуучуларынын тиш кариесинин интенсивдүүлүгүнүн индексинин компоненттеринин катышы. Ош облусунун Өзгөн районунун Мырза-аке 3.1.6-сүрөтүнө тартууланды.



3.1.6-сүрөт – Ош облусунун Өзгөн районундагы Мырза аке орто мектебинин 12 жаштагы окуучуларынын тиш кариесинин интенсивдүүлүгүнүн индексинин компоненттери.

Маалыматтар 3.1.5 жана 3.1.6-сүрөттөрдө. Ош облусунун Өзгөн районунун стоматологиялык уюмдарында дарылоо-профилактикалык иштердин жетишсиздигин ачык көрсөтүп турат, анткени интенсивдүүлүктүн индексин түзүүчү көрсөткүч басымдуулук кылат жана башка түзүүчүлөрдөн – П жана У. пломбаланган тиштердин индекси КПУНУН индексинен 2% ды түзөт. Алынган маалыматтарды талдоо Ош облусунун айыл аймагындагы мектеп окуучуларынын арасында санитардык-профилактикалык, санитардык иштерди жүргүзүүдөгү татаал абалды аныктады. Пломбаланган тиштердин санын мүнөздөгөн интенсивдүүлүк индексинин компоненттери дээрлик нөлгө барабар. Тиш кариесинин интенсивдүүлүгүнүн индексинин негизги мазмуну кариоздуу тиштердин саны менен аныкталат; ал эми тиштерди дарылоо дээрлик жүргүзүлбөйт.

Пародонталдык абалды изилдөөдө алынган көрсөткүчтөр 3.1.8-таблицада чагылдырылган.

3.1.8-таблица – Ош облусунун Өзгөн районунун Мырза-аки айылындагы орто мектептин окуучуларынын ооз көңдөйүнүн гигиеналык абалынын көрсөткүчтөрү

Жыл	Баары	Индекс CPITN					
		Дени сак	Т/Кал дыкта ры	Т/кана шы	Т/Ташт ары	п/тищ чөнтө гү 4-5	Т/Кыйм ылдуулу гу
А. Камбаров атындагы орто мектеби	978	612	365	1	-	-	-
%	100	62.6%	37. 3%	0.1	-	-	-

Изилдөөнүн жыйынтыгында 612 мектеп окуучусу же 62.6% дени сак пародонт оорусу бар жана гигиеналык чараларды көрүүнүн кажети жок экени аныкталган. Калган 37.4% тишин зонддоодо бляшка жана кан агуу болгон, бул мектеп окуучуларынын аталган контингентинде тиш жана тиш гигиенасы чараларын көрүү зарылдыгын көрсөтүп турат.

Чоң-Алай районунун Дароот Коргон айылында жүргүзүлгөн эпидемиологиялык изилдөөгө жалпысынан 413 1-11-класстын 6 жаштан 17 жашка чейинки окуучулары катышкан. 3.1.9-таблицада окуучулардын жыныстык жана курактык курамы боюнча маалыматтар келтирилген

3.1.9-таблица – Жыныстык жана курактык курамы боюнча изилденген окуучулардын мүнөздөмөсү (n-413)

N	Жашы	Балдар	Кыздар	Баары
1.	6	8	11	20
2.	7	17	22	39
3.	8	15	17	32
4.	9	27	27	54
5.	10	24	19	43
6.	11	26	23	49
7.	12	14	23	37
8.	13	14	14	28
9.	14	17	22	39
10.	15	10	16	26
11.	16	8	9	17
12.	17	4	9	13
Баардыгы		202	211	413

6-7 жаштагы балдарда сүт тиш кариесинин таралышы 94,2% ды түзгөн. 11-12 жаштагы балдарда туруктуу тиш кариесинин таралышы 95,5% ды түзгөн. 8-17 жаштагы балдарда туруктуу тиш кариесинин таралышы 77.7% түздү.

Кариестин интенсивдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү (жалпы жана жалпы) 3.1.9-таблицада келтирилген.

3.1.10-таблица – Текшерилген окуучулардын кариестин интенсивдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү (n- 413).

Жашы	n	К	П	У	КПУ	к	п	кп
6	20	0,35±0,08	0	0	0,35±0,08	6,25±1,4	0	6,25±1,4
7	39	0,28±0,04	0	0	0,28±0,04	6,67±1,07	0,08±0,01	6,75±1,08
8	32	0,41±0,07	0,06±0,01	0	0,47±0,08	5±0,88	0,13±0,02	5,13±0,9
9	54	1, 20±0,16	0,06±0,01	0	1,26±0,17	3,63±0,49	0,07±0,01	3, 70±0,5
10	43	2,09±0,32	0,19±0,03	0,05±0,01	2,33±0,36	1,67±0,25	0,02±0,03	1,69±0,26
11	49	3,69±0,53	0,18±0,03	0,06±0,01	3,93±0,56	0,16±0,02	0	0,16±0,02
12	37	4,11±0,69	0,54±0,09	0,16±0,03	4,81±0,79	0,38±0,06	0	0,38±0,06
13	28	2,5±0,47	0,5±0,09	0,04±0,01	3,04±0,57	0,04±0,01	0	0,04±0,01
14	39	3, 10±0,49	0,36±0,06	0	3,46±0,55	0,08±0,01	0	0,08±0,01
15	26	2,96±0,47	0,81±0,13	0,35±0,06	4,12±0,66	0,04±0,01	0	0,04±0,01
16	17	3,06±0,74	0,41±0,1	0,24±0,06	3,71±0,9	0	0	0
17	13	2,92±0,8	1,38±0,38	0,31±0,09	4,61±1,28	0	0	0
	413	2,23±0,11	0,31±0,02	0,08±0,03	2,62±0,13	2,12±0,13	0,03±0,01	2,15±0,16

Этникалык курамы боюнча балдар негизинен кыргыз калкына таандык болгон. Айрым учурларда бул жана коңшу бийик тоолуу аймактарда жашаган тажиктер да белгиленген. Тиш кариесинин жана ооз көңдөйүнүн ооруларынын таралышы жана интенсивдүүлүгү боюнча биз этникалык негиздер боюнча эч кандай айырмачылыкты тапкан жокпуз.

Таблицанын маалыматтары боюнча 6 жаштагы балдардын сүт тиштеринин кариесинин интенсивдүүлүгүнүн орточо көрсөткүчү 6,25 с 1,4, 7 жаштагы балдарда 6,75 т 1,08 ти түзгөндүгү көрүнүп турат. Туруктуу

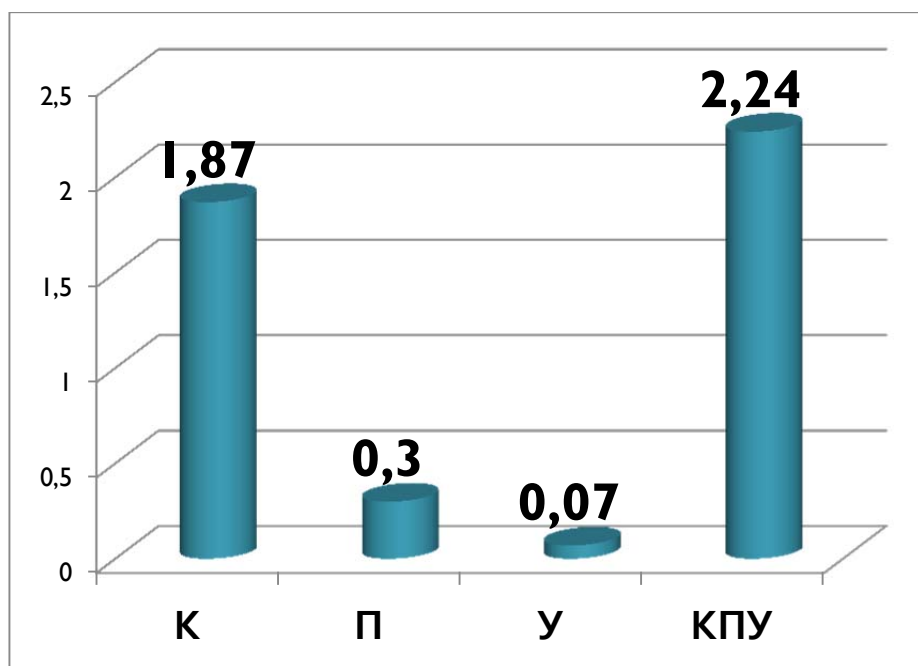
тиштердин кариесинин интенсивдүүлүгүнүн көрсөткүчү 12 жаштагы балдардын саны 4,81 с 0,79 түздү. Проф.с. Чолокова (2000) тарабынан Кыргыз Республикасы үчүн иштелип чыккан кариестин интенсивдүүлүгүнүн классификациясы боюнча тиш кариесинин (сүт жана туруктуу) интенсивдүүлүгүнүн деңгээлин суб-компенсацияланган катары баалоого болот. П – пломбаланган тиштердин көрсөткүчүнүн төмөн пайызы көңүл бурат. Ошентип, 6 жаштагы балдар, ал жалпы индекси 1,2% ды түзгөн. 12 жаштагы окуучулардын жалпы индексинин 11,2% пломбаланган тиштер түздү. Жалпы окуучулардын бардык курактары боюнча - КПУнун суммардык индексинен 11,8% гана пломбаланган тиштерди түздү. Мындай төмөн көрсөткүчтөр мектеп окуучулары арасында жүргүзүлүп жаткан санитардык иштердин жетишсиздигин көрсөтүп турат.

Ошентип, биздин изилдөөлөрдүн натыйжасында Ош облусунун мектеп окуучуларында тиш кариесинин таралышы аныкталган-87,6%. Тиш кариесинин интенсивдүүлүгү $k_{пу}=1.24$ (К-1.16, П - 0.03, У - 0.04) болгон. 12 жаштагы туруктуу тиш кариес сыйымдуулугу $КПУ = 1.35$ (к-1.30, П-0.02, У-0.03) түзгөн. 7 жаштагы балдардын сүт тиштеринин кариесинин интенсивдүүлүгү $КП=5.70$ (к-5.65, п-0.01) түздү. Гигиеналык иш-чараларды өткөрүүгө муктаждык 37, 3% ды түздү.

Түштүк региону боюнча эпидемиологиялык изилдөөлөрдүн маалыматтарын Жалпылап айтканда, мектеп окуучуларынын арасында тиш кариесинин таралышы 85,0% түзөт. Интенсивдүүлүк индекси $КПУ=2,24$ (3.1.9-таблица). Мында к компоненти - 1,87; П-0,3; У-0,07 $k_{п} = 2,3$ ($k=2,3$; $n=0,01$) (3.1.7-сүрөт). Ошондой эле, 12 жаштагы балдардын арасында тиш кариесинин таралышы 78,7% түзөт. Интенсивдүүлүк индекси $КПУ=1,87$. Мында к компоненти - 1,58; П-0,13; У-0,16 (3.1.11-таблица жана 3.1.7-сүрөт). Түштүк регион боюнча гигиеналык иш-чараларды өткөрүүгө муктаждык 59,0% ды түздү.

3.1.11-таблица – Түштүк регион боюнча стоматологиялык статустун эпидемиологиялык абалын изилдөө боюнча жыйынтык маалыматтар

Текшерүү орду	Баары	Таралышы %	КПУ	К	П	У
Кара-суу р-ну., Мөнөк айылы.	692	90.7	2.83	2.75	0.01	0.07
Ош ш., С. Кирова ат, орто мектеби	101	83.2	2.65	1,69	0,85	0,11
Мирза-аке айылы Өзгөн району	978	81,1	1,24	1,16	0,03	0,04
с. Дароот коргон Чон Алай р-ну	413	95.5	2,62	2,23	0,31	0,08
Итого:	1771	87,6	2,34	1,96	0.3	0,07



3.1.7-сүрөт – Түштүк регион боюнча КПУ индексинин компоненттери.

Алынган маалыматтар жүргүзүлүп жаткан дарылоо-профилактикалык иштердин жетишсиздигин көрсөтүп турат, анткени балдарда кариес менен жабыркаган тиштерди аныктоо жана пломбалоо боюнча санациялык иш-чаралар дээрлик жүргүзүлбөйт. Бул жарым-жартылай республика башынан өткөрүп жаткан экономикалык кыйынчылыктар жана толук кандуу алдын алуу

жана дарылоо чараларын уюштуруу үчүн ресурстардын жетишсиздиги менен түшүндүрүлөт.

Чоң-Алай районунун Дароот коргон айылында орто мектептин 413 окуучусуна секциялык изилдөө жүргүзүлдү. Ош облусунун Чоң-Алай районундагы Мырзакулова ДССУнун эпидемиологиялык изилдөөсүнүн жаңы критерийлери боюнча тиш статусун изилдөөнү камтыды. Кароодон тышкары демографиялык, этникалык мүнөздөмөлөр, билим, тиш кариеси менен байланышкан мамиле жана практика жөнүндө маалыматтарды чогултуу мектеп окуучуларын анонимдүү түрдө анкеталоо жолу менен жүргүзүлдү. Сыпаттама жана логикалык статистика колдонулган.

Анонимдүү анкета 225 окуучуда, негизинен орто жана улуу курактагы топтордо жүргүзүлгөн (алардын ичинен 130 эркек балдар жана 151 кыз). Респонденттердин 63,3% тишинин абалын "мыкты", "жакшы" жана "канааттандыруучулук" деп баалашкан. Ошондой эле, сагыз абалы 52% бааланган. Ошол эле учурда, биринчи жана экинчи суроого окуучулардын 13% жана 9,6% – жооп берүү кыйынга турат. "Акыркы 12 айда тиш доктурга кайрылдыңызбы?" 59% ооба деп көп, кээде, сейрек жооп беришкен. Респонденттердин 28% эч качан тиш доктурга кайрылышкан эмес, 13% бул суроого жооп берүү кыйын болгон. Башка жол менен берилген ошол эле суроого – "акыркы 12 айда тиш доктурга канча жолу бардыңыз?" – жооп да бирдей болгон (59%). 1-2 жолу - (36%), 3 же андан көп жолу 23%. Респонденттердин 20% тиш доктурга барган эмес деп жооп беришсе, 14% Бул суроого жооп берүү кыйынга турду. Калган жооптордо мектеп окуучулары тиш доктурга бир нече жолу гана барышкан. Респонденттердин 49% Тиш доктуруна баруунун себеби оору (31%) же тиш дарылоо (18%) болгон. Респонденттердин 18% ы гана тиштин жана ооздун абалын текшерүү үчүн тиш доктурга кайрылышкан. 26% - бул суроого жооп берүү кыйынга турду. Респонденттердин жалпы санынын 89у (32%) – эки же андан көп жолу, алар күнүнө бир жолу тиштерин жуушат – 107 (38%). 74 (26%) сейрек тазаланат,

айына бир нече жолу 32 (11,4%), жумасына бир жолу 15 (5%), жумасына бир нече жолу 27 (9,6%).

Ооз көңдөйүнүн гигиенасы үчүн каражаттардын ичинен респонденттердин 90% тиш щеткасын, 19% - жыгач тиш чукугучтарды, 10% - Пластикалык тиш чукугучтарды, мисвакты – 11%, тиш жүндөрүн – 7,5% колдонушат. Респонденттердин 93% тиш пастасын, 11% фториддүү тиш пастасын, 26% фторидсиз колдонушат. Респонденттердин 21% бул суроого жооп берүү кыйынга турду.

Суроолордун кийинки тобу өз тиштеринин абалын субъективдүү баалоо жана алар менен болгон көйгөйлөр жөнүндө болду. Алынган жооптор боюнча респонденттердин 27% (76) тишинин абалына канааттанбай, 22% бул суроого жооп берүү кыйынга турду. 13% - тиштеринин көрүнүшүнөн улам жылмайбоого аракет кылышат 12% - жооп берүү кыйынга турду. 8% - жооп берди, балдар тишимдин көрүнүшүнө күлүшөт, 19%- жооп берүү кыйын болду. 17% - тиш оорусунан улам сабакты калтырышат, 14% - жооп берүүдөн кыйналышат. 12% - тамак тиштегенде кыйналганын, 8% - жооп берүүдө кыйналганын айтышкан. 15% - тамак-ашты чайноодо кыйналышат, 9% - жооп берүүдө кыйналышат.

Анкетанын суроолордун бир бөлүгү катуу тиш ткандарынын ооруларынын таралышына жана интенсивдүүлүгүнө алардын кыйыр таасирин аныктоо үчүн мектеп окуучуларынын диеталык артыкчылыктарына тиешелүү. Респонденттердин жоопторунан жаңы жемиштер көп колдонулгандыгы аныкталды – күнүнө бир нече жолу, күн сайын, жумасына бир нече жолу, анкетанын суроосуна жооп берген мектеп окуучуларынын 71%, 20% жаңы жемиштерди сейрек колдонушкан. Печенье, печенье, таттуу пирогдор көбүнчө 45%, сейрек 31% керектелген. Варенье көбүнчө 60%, сейрек 17% колдонулган. Андан кийин, сагыз көбүнчө 48%, сейрек 26% керектелген. Момпосуй көбүнчө 48%, сейрек 25% керектелген. Лимонад, Кока-Кола, башка газдалган суусундуктар көбүнчө 35%, сейрек 33% керектелчү. Шекер кошулган сүт көбүнчө 38%, сейрек 32% керектелген. Шекер кошулган чайды көбүнчө 52%,

сейрек 20% ичишкен. Кымыз улуттук суусундуктары (бээнин сүтүнөн) көбүнчө 12,5%, сейрек 60% иччү. Жарма - көбүнчө 8%, сейрек 57% колдонулган. Улуттук суусундуктар – кымыз жана жарма алкоголу аз жана алардын сейрек колдонулушу, анкетанын жыйынтыгы боюнча, суроолорго ишенимдүү жоопторду сунуштайт, анткени алар мектеп жашындагы балдар тарабынан көп колдонулбайт.

Анкетада тамеки, тамеки жана башка тамеки аралашмаларын колдонуу боюнча суроолор камтылган. Респонденттердин жооптору көрүнүп турат-көп - (күнүнө бир нече жолу, жума) тамеки, тамеки 2% колдонулат, сейрек (айына 1-2 жолу) - 16%, кээде, аракет же дээрлик эч кандай тамеки – респонденттердин 88%. Тамекинин дагы бир түрү – чайноочу тамеки насвай көбүнчө –3%, сейрек - 3%, кээде, аракет кылган же дээрлик жок – 80%.

Ата-энелердин билимине байланыштуу төмөнкү жооптор алынды. Атасынын же камкорчусунун билими 4% учурларда ортодон төмөн же башталгыч, 16% орто, 32% жогорку билим, институт, университет. Энелердин билими 3,5% учурларда ортодон төмөн же башталгыч, 13% орто, 42% жогорку билим, институт, университет. Респонденттердин 41% атасы менен энесинин билим деңгээлин айта алышкан жок.

Бул изилдөө биринчи жолу Көз карандысыз Кыргызстанда жүргүзүлдү. Буга чейин мындай изилдөөлөр көптөн бери же республиканын өрөөндүк жана орто тоолуу деңгээлдериндеги калктуу конуштарда жүргүзүлүп келген. Республиканын аймагынын 90% дан ашыгы тоолуу аймактар экендиги белгилүү. Биздин изилдөөлөр көрсөткөндөй, бийик тоолуу аймакта кариестин таралышы жогору. Интенсивдүүлүктү башка региондор менен салыштырууга болот. Бийик тоолуу региондордун жеткиликтүүлүгүнүн салыштырмалуу начардыгынан улам мектеп окуучуларынын канттардын, кант камтыган, газдалган продуктулардын тиш жана ооз көңдөйүнүн саламаттыгына тийгизген зыяндуу таасирине карата маалыматынын салыштырмалуу төмөн көрсөткүчтөрү аныкталды. Бул мектеп окуучулары ата - энелердин билим деңгээлин аныктоо мүмкүн эмес экенин (респонденттердин 41%) же ата-

энелердин билим деңгээли төмөн (4% - орточо төмөн же баштапкы, орточо учурларда 13-16%) тиш кариес жана катуу ткандардын оорулары боюнча баштапкы алдын алуу деңгээлинин жетишсиздиги тууралуу айтылат.

Тиш кариеси орточо интенсивдүүлүк менен салыштырмалуу кеңири таралган оору. Жүргүзүлгөн профилактикалык иштердин деңгээлинин төмөндүгүнөн, ата – энелердин билим деңгээлинин төмөндүгүнөн тышкары, бул Кыргызстандын климатогеографиялык өзгөчөлүктөрү – ичүүчү сууда минералдардын-кальцийдин, фтордун, йоддун курамынын жетишсиздиги менен шартталган. Фториддин жана йоддун жетишсиздиги боюнча Кыргызстан, өзгөчө бийик тоолуу аймактар эндемикалык зона болуп саналат. Айрым региондордо таза ичүүчү суу жетишсиз.

Негизинен, биз алган маалыматтар мурунку изилдөөлөргө дал келет. Биздин изилдөө тиш кариесинин чоң таралышын алат. Белгилүү болгондой, кариестин таралуу деңгээли өлкөнүн экономикалык өнүгүү деңгээлине түздөнтүз көз каранды эмес, бирок социалдык гигиеналык иш-чаралар, алдын алуу иш-чараларын жүргүзүү анын турукташуусуна же интенсивдүүлүктүн деңгээлин төмөндөтүүгө жардам берет. Биздин маалыматтар боюнча, этникалык таандыктык тиштердин катуу ткандарынын, пародонттун ооруларынын таралышынын жана интенсивдүүлүгүнүн индекстик көрсөткүчтөрүнө олуттуу таасирин тийгизген эмес. Биздин маалыматтар боюнча, климатогеографиялык жашоо шарттары, алгачкы алдын алуу чараларын көрүү жана стоматологиялык профилактикалык жардамдын жеткиликтүүлүгү жана анын үзгүлтүксүздүгү көбүрөөк таасир эткен. Бул калктуу конушта райондук оорукана, райондук үй-бүлөлүк медицина борбору бар. Үй-бүлөлүк медицина борборуна караштуу негизги адистер, медициналык кызматтын бөлүмдөрү бар. Стоматологиялык кабинеттер дагы бар. Бирок, адистер – стоматологдор менен камсыз кылуу жок, эки гана тиш дарыгери бар. Райондук ооруканада да, үй – бүлөлүк медицина борборунда да денталдык рентген аппаратурасы жок, демек, тиштин үстүңкү-аппроксималдык, сублесневый жерлерин аныктоого мүмкүнчүлүк жок, ал эми тиш бетинин

адистеринин көзгө көрүнбөгөн кариестин прецизиондук диагностикасын жүргүзүүгө мүмкүнчүлүк жок. Кыргызстандын алыскы бийик тоолуу региондорун врачтык кадрлар менен камсыз кылуу олуттуу проблема болуп саналат. Пландуу алдын алуу иштери мамлекеттик камсыздандыруу боюнча көрсөтүлүүчү медициналык стоматологиялык кызматтардын тизмесине киргизилген, бирок врач – стоматологдордун кадрлары жетишсиз.

Ата – энелердин билим деңгээли дагы эске алынышы керек-бул учурда балдардын 41% ата-энелердин билим деңгээлин аныктай алышкан жок. 4% учурларда ата-энелердин билим деңгээли төмөн жана ортодон төмөн деп аныкталган. Билим берүүнүн мындай деңгээли балдарда жана мектеп окуучуларында профилактикалык иш-чараларды өткөрүүнүн негизги талаптары боюнча билим алууга өбөлгө түзбөйт. Ошондой эле ден соолук сабактарын өткөрүү көндүмдөрү, оозеки ден соолук боюнча мектеп мугалимдеринин билим деңгээлин, маалымдуулугун изилдөө жүргүзүлгөн эмес. Мектеп окуучуларынын тиш ооруларынын, кариестин алдын алуу боюнча билим деңгээлин жергиликтүү деңгээлде изилдөө окуучулардын билиминин төмөндүгүн көрсөттү.

3.2 Ош облусунда тиш-жаак аномалияларынын таралышын изилдөө көрсөткүчтөрү

3.2.1 Ош облусунун мектеп жашындагы балдардын тиш-жаак аномалияларынын таралышы

Алмаштырма жана туруктуу чагуудагы тиш-жаак аномалияларынын жыштыгын жана түрлөрүн изилдөө, чагуунун пайда болуу мезгилинде жана аны коштогон жана таасир этүүчү факторлор, калктын тиш саламаттыгын сактоо боюнча адистештирилген стоматологиялык жардамдын алдын алуу жана уюштуруу үчүн уюштуруу, санитария иш-чараларын пландаштыруу жана иштеп чыгуу үчүн илимий жана практикалык кызыгууну жаратат.

Жүргүзүлгөн изилдөөнүн жүрүшүндө биз мектеп жашындагы 1185 баланы текшердик. Изилденген балдар колдо болгон сунуштарга байланыштуу

убактылуу жана туруктуу тиштердин чагуусун калыптандыруу этаптарына ылайык 4 курактык топко бөлүнгөн: 3-5 жаш – убактылуу тиштердин калыптанган чагуусу; 6-9 жаш - эрте алмашкан тиштөө; 10-12 жаш – кеч алмашкан тиштөө; 13-15 жаш – туруктуу тиштердин чагуусунун башталышы.

Изилдөөгө мектеп жашындагы 1185 бала кирген, алардын 580и эркек балдар, 605и кыздар. Текшерилген балдардын орточо жашы 10-0,7. Изилденген окуучулардын жыныстык жана курактык курамы 3.2.1.1-таблицада келтирилген.

3.2.1.1-таблица – Ош облусунун текшерилген окуучуларынын жыныстык жана жаш курагы боюнча курамы

№	Мектептин аталышы	М	Д	Всего
1	Карла Маркс №2 орто мектеби	61	72	133
2	М. Горький атындагы Мектеп-гимназия № 8	26	35	61
3	С. Дадамбай Карасу	75	73	148
4	М. Адышев № 1 орто мектеби Алай. Гүлчө	48	63	111
5	Ч. Айтматов №36 орто мектеби. Өзгөн	22	8	30
6	Т.Отунчиева №2 Гүлчө, Алай	96	90	186
7	З. М. Бабур №43	64	54	118
8	С. Шарипов №22 орто мектеби	83	82	165
9	Ж. Бөкөнбаева №5 Ош. Ш.	67	75	142
10	М. Нурбаева №3 Өзгөн Мирза-аке.	38	53	91
	Итого:	580	605	1185

Экспертизанын жыйынтыгы боюнча, 1185 баланын 379уна (32%) ар кандай тиш жана чагуу аномалиялары диагнозу коюлган. Эң кеңири таралган аномалия 136 бала болгон айрым тиштердин абалынын бузулушун аныктайт. Дисталдык окклюзия 60та, түз чагуу – 45те, терең резоздук жабылуу – 42

балада, мезиалдык окклюзия – 34тө, трансверсалдык окклюзия – 29да, вертикалдык резоздук дискоокклюзия – 30да аныкталган. Маалыматтар 3.2.1.2-таблицада келтирилген.

3.2.1.2-таблица – Ош облусунун изилденген балдарынын тиш-жаак аномалиялары

№	Тиш- жаак аномалиялары	Балдардын саны	
		Абс.	%
1	Айрым тиштердин абалынын аномалиялары	136	36
2	Дисталдык окклюзия	60	16
3	Түз чагуу	45	12
4	Терең кескичтин кабатташуусу	42	11
5	Мезиалдык окклюзия	34	9
6	Вертикалдуу кесүү дизоокклюзиясы	30	8
7	Трансверсалдык окклюзия	29	8
	Баардыгы	379	100

Биздин маалыматтар боюнча, аймакта башка тиш ооруларынын таралышы менен тыгыз байланыш аныкталды. Тиштердин жыйылышы ооздун гигиенасына, жумшак ткандардын жабышуусуна жана жаак катышынын бузулушуна алып келет. Тиштин кариес менен жабыркашы тиштин эрте түшүшүнө алып келет жана көбүнчө башталгыч мектеп жашындагы балдарда ачык чагуунун пайда болушуна алып келет. Эрте алып салуу, тиштердин түшүшү тиш катарлардын айрым участокторунун кемчиликтеринин пайда болушуна алып келет, зыяндуу адаттардын бекитилишине жана тиш катарларынын аномалияларынын, тиштенүүсүнүн пайда болушуна өбөлгө түзөт.

Башталгыч класстын окуучуларынын тиштөө абалын жана тиш жаак системасын изилдөө сүт тиштерин мөөнөтүнөн мурда алып салуунун көптөгөн фактыларын аныктады, бул акыры тиштин абалынын аномалияларынын жана жалпысынан окклюзиянын калыптанышына таасирин тийгизет. Коркунучтуу симптом-бул ошондой эле алыскы биринчи азуу тиштердин олуттуу саны, бул аймакта жүргүзүлгөн санитардык-агартуу жана санитария иштеринин жетишсиздигин көрсөтүп турат.

Ошентип, Ош облусунун мектеп жашындагы балдардын айрым тиштеринин таркалышын жана абалынын бузулушун, тиш катарларынын кемтиктерин, тиш-жаак аномалияларын изилдөө бул патологиянын жогорку жыштыгын аныктады, бул биздин пикирибиз боюнча негизги стоматологиялык оорулардын кеңири таралышы, сүт тиштеринин эрте жана туруктуу молярлардын түшүшү менен, тиштердин сезгенүү ооруларынын татаалданышы боюнча. Ортодонтиялык патологиясы бар балдарга жардам көрсөтүүнүн абалы төмөн жана кызматтын структурасын уюштуруу, каржылоо, кадрлар, жабдуулар жана материалдар менен камсыз кылуу үчүн шашылыш чаралар керек.

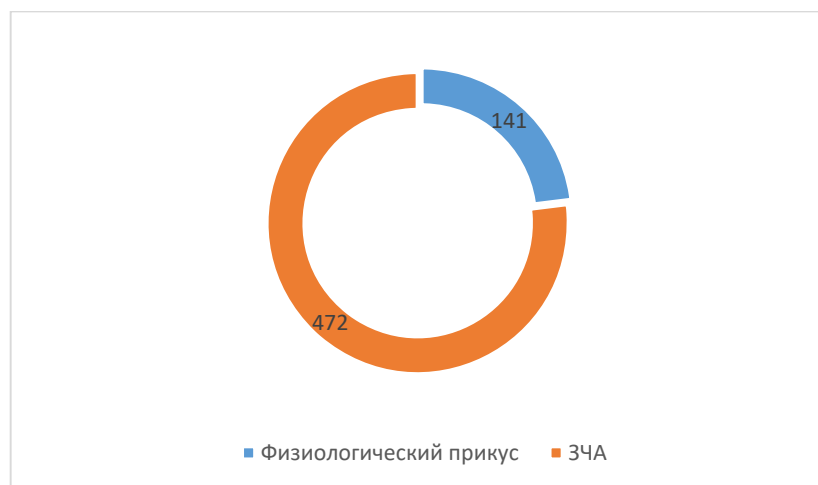
3.2.2 Ош мамлекеттик университетинин медицина факультетинин студенттеринде тиш аномалияларынын жыштыгын жана түзүлүшүн изилдөө

Ош облусунун студенттеринин стоматологиялык жана ортодонтиялык абалын текшерүүгө Ош мамлекеттик университетинин медицина факультетинин студенттери катышты. Сурамжылоону жүргүзүү үчүн атайын карта иштелип чыккан. Катышуучулардын саны 608 адамды түздү, Стоматология адистиги боюнча 2-5 курстун студенттери 18-43 жашта, текшерилгендердин орточо жашы 30,5 жашты түздү. Поло жаш курагы-445 эркек жана 163 аял. Тиш кариесинин интенсивдүүлүгүн изилдөөнүн натыйжалары 3.2.2.1-таблицада келтирилген.

3.2.2.1-таблица – ОшМУнун медицина факультетинин студенттеринде негизги тиш ооруларынын интенсивдүүлүгү-тиш кариеси

№	Жашы (жыл)	n	K	Π	У	КПУ
1	18	19	1,79	2,32	0,58	4,69
2	19	79	2,51	2,41	0,86	5,11
3	20	120	1,77	2,61	1,13	5,51
4	21	97	2,46	2,55	1,48	6,49
5	22	39	1,79	1	1,05	3,85
6	23	57	3,63	2,35	1,33	7,31
7	24	45	3,13	2,58	1,44	7,15
8	25	28	3,36	2	1,57	6,93
9	26	18	3,17	2,72	1,67	7,56
10	27	20	1,9	3,2	1,35	6,45
11	28	4	2,25	2	2	6,25
12	29	9	3	2,78	1,56	7,33
13	30	14	3,78	2,29	1,5	7,57
14	31	10	4,2	2,8	2,4	9,4
15	32	8	2,13	3,37	2	7,5
16	33	5	3	3,6	0,2	7,4
17	34	9	4,22	2,22	2,89	9,33
18	35	1	3	2	2	7
19	36	5	1,2	2,2	2	5,4
20	37	10	2,8	1,7	3	7,5
21	38	1	6	2	1	9
22	39	4	1,5	3,25	1,5	6,25
23	40	2	5	2	2,5	9,5
24	41	3	3,67	3	2,33	9
25	42	-	-	-	-	-
26	43	1	3	0	1	4
Σ	баары	608	2,99	2,46	1,61	6,94

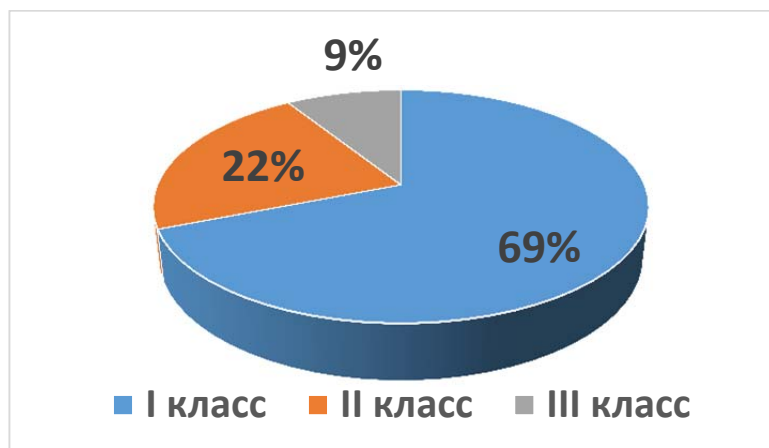
Орточо диапазондо студенттерде тиш кариесинин интенсивдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрү. (ДССУнун классификациясы боюнча кариестин интенсивдүүлүгүнүн даражасы туруктуу – 0,02 ден 1,5 ге чейин; төмөн – 1,6 дан 6,2 ге чейин; орточо – 6,3 төн 12,7 ге чейин; жогорку – 12,8 ден 16,2 ге чейин; жогорулатылган – 16,3 төн жогору). Ошентип, орточо алганда, студенттер жети тиш кариес менен жабыркаган. Алардын ичинен тазаланбаган кариес – болжол менен үч тиш, дарыланган эки жарым, алынган тиштер-орточо 1,61. Дарыланбаган тиш кариесинин көрсөткүчүнүн үстөмдүгүн, ошондой эле орто курактагы алынган тиштердин санын белгилей кетүү керек, бул кыйыр түрдө жүргүзүлүп жаткан санациялык жана санитардык-агартуу иштеринин жетишсиздигин көрсөтүп турат. Анкета жана экспертиза аркылуу жеке тиштердин абалынын бузулушун жана тиштин аномалияларын изилдөө төмөнкү натыйжаларды көрсөттү. Ортогнатикалык чагуу-тиштердин физиологиялык окклюзиясы 141 студентте (23%) болгон. Тиштөө патологиясынын ар кандай түрлөрү 77% (472 адам) байкалган (3.2.2.1-сүрөттү караңыз).



3.2.2.1-сүрөт – Текшерилген студенттерде тиштенүүнүн түрлөрү.

Структурасы малокклюзия учурлардын басымдуу санында 1-класстын аномалияларынан турган Энгль 326 (69%) изилденген. Биринчи молярлардын туура мезио-дисталдык катышында ("окклюзия ачкычы" боюнча), айрым

тиштердин абалынын ар кандай аномалиялары болгон – тортоаномалия, диспозиция, эндопозия, латеропозия жана медиа, тиштердин супра - жана инфра -позициясы. Энгльдин II классындагы тиштенүүнүн патологиясы 104 адамда кездешкен (22%). Ал эми III- классындагы аномалиялар 42 учурларда (9%) (3.2.2.2-сүрөт).



3.2.2.2-сүрөт – E. Angle. боюнча тиштенүүнүн патологиясынын структурасы.

Текшерилген 613 студенттин 525и (85.6%) көзгө көрүнгөн жаактын туура катышы белгиленген. 35 студентте (5,7%) дисталдык, 18де (2.9%) мезиалдык, 15те (2,5%) ачык чагуу аныкталган. Бурч боюнча биринчи класска туура келген биринчи азуу тиштердин катышы 485 (79,1%) студентте болгон - визуалдык түрдө, бул биздин чагуу боюнча изилдөөбүзгө дал келген. калган 128 (20,9%) – катышы башка класстар боюнча болгон. 28 тиштен турган Комплект 406 (66,2%) студент болсо, калган 207 (33,8%) толук эмес комплект аныкталган. Көрүнгөн скелет көйгөйлөрүнүн жоктугун 199 (32,5%) студент гана белгилеген. 414 (67,5%) скелетте кандайдыр бир көйгөй болгон. Адамдын профили 543 (88,6%) канааттандыраарлык, 70 (11,4%) канааттандыраарлык деп табылган. Травмалардын (ар кандай) жана реконструктивдүү операциялардын тарыхы тууралуу суроого 530 (86,5%) респондент оң жооп берген, 83 (13,5%) респондент терс жооп берген. Андан ары ортодонтиялык дарылоого муктаждык аныкталды – ал-14,7% түздү. Ортопедиялык статусту изилдөөдө төмөнкү

маалыматтар алынды нормалдуу темперомандибулярдык курам 568 (92,7%) студентте аныкталган, 36 (5,9%) Чыкылдаган студентте, 2 (0,3%) ТМД чыгып кеткен учурлар болгон. Протездөөгө муктаждык. 510 (83,1%) протездөөгө муктаж эмес 11 (18,1%). Ортодонтиялык шаймандарды кийүү 50 (8,0%), калгандары ортодонтиялык шаймандарды кийишкен эмес. 79 (13%) адамда бир жасалма таажы болгон. Алынбай турган көпүрөлөр-35 (5,7%), алынма протездер – 24 (3,9%) студенттерде.

Ошентип, Ош облусунда чоң кишилерде ортодонтиялык патологиянын таралышы 77% ды түздү. Патология түзүмүндө, учурлардын басымдуу бөлүгүндө 1-класстагы аномалиялар Энглию боюнча 326 (69%) текшерилген. Биринчи молярлардын туура мезио-дисталдык катышында ("окклюзия ачкычы" боюнча), айрым тиштердин абалынын ар кандай аномалиялары болгон – тортоаномалия, диспозиция, эндопозия, латеропозия жана медиа, тиштердин супра - жана инфра -позициясы. ЭНГЛЬ классындагы обор боюнча чагуунун патологиясы текшерилген 104 адамда болгон (22%). 42 учурларда (9%) –жылы-жылы-С класс аномалиялары.

3.3 Кыргыз популяциясынын цефалометриялык ченемдери жана Штайнердин анализин пайдалануу менен салыштырмалуу изилдөө

Ортодонтиялык практикада ооз көңдөйүнүн анатомиялык өзгөчөлүктөрү диагностика жана дарылоону пландаштыруу үчүн негиз болуп саналат. Цефалометрия баш сөөктүн скелетин жана беттин жумшак ткандарынын контурларын изилдейт. Цефалометриялык рентгенография баш сөөктүн ар кандай структураларын жана мүнөздөмөлөрүн так чагылдырып, өлчөйт. Ал ортодонтияда гана эмес, ортопедиялык стоматологияда, оозеки хирургияда жана пластикалык хирургияда да колдонулат. 1, 2, 3 цефалометриянын эң көп колдонулган ыкмаларынын бири Штайнер анализи.

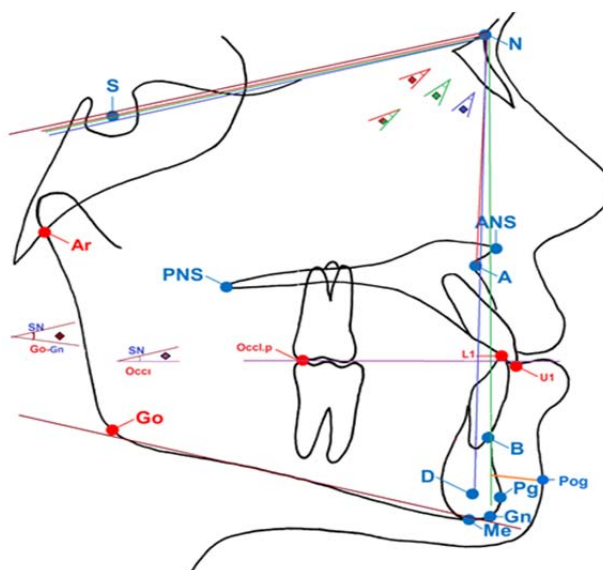
Штайнер цефалометриялык анализдин формасын иштеп чыгып, аны 1953-жылы сунуш кылган жана Штайнер талдоо методу деп атаган. Штайнердин анализи скелетти, тиштерди жана жумшак ткандарды изилдөөдөн

турат. Скелет компоненти жогорку жана төмөнкү жаактарды баш сөөгү менен жана бири-бири менен байланыштырат. Тиш компоненти жогорку жана төмөнкү азуу тиштерди бири-бирине жана тиешелүү жаактарга байланыштырат, ал эми жумшак ткандардын элементи төмөнкү беттин профилин түшүнүүгө аракет кылат.

4 Генетика беттин өнүгүшүндө чоң роль ойнойт. 5 айрыкча, малокклюзиянын айрым түрлөрү тукум кууп өткөн, 6 жогорку жана төмөнкү жаактын өз ара аракеттенүүсүнө байланыштуу окклюзиялык мүнөздөмөлөр айлана-чөйрөнүн факторлорунан көбүрөөк көз каранды. Мындан тышкары, ар кандай расадагы жана этникалык топтордогу адамдардын скелетинде, жумшак ткандарында жана тиштеринде айырмачылыктар бар. Ошондуктан, цефалометрика ар кайсы аймактарда жашаган же ар кандай этносторго же расаларга таандык адамдарда олуттуу айырмаланышы мүмкүн.⁷ Штайнер эң аз өлчөө боюнча максималдуу клиникалык маалымат алуу үчүн анализин иштеп чыккан жана эталон катары кавказдык калкты алган.^{8,9,10} Кавказдыктар жана башка расалык топтор үчүн Штайнердин цефалометриялык краниофациалдык нормаларынын ортосунда олуттуу айырмачылыктар байкалган: Индия,¹¹ Тамил,¹² Араб,^{13,14} Непалдык,¹⁵ түрк,¹⁶ жапон,^{17,18} Кытай, ¹⁹, ²⁰ корей, ²¹ Пакистандык, ²² палестиналык, ²³ жана африкалыктар. ²⁴ Диагностика жана ошого жараша дарылоону пландаштыруу бир эле расалык топто болгон бет формаларынын ар түрдүүлүгүн эске алуу менен, пациенттердин цефалометриялык параметрлерин белгиленген эталондук баалуулуктарга салыштыруу жолу менен жүргүзүлөт. Ошондуктан, мүмкүн болушунча көп адам популяциясын камтыган цефалометриялык ченемдердин маалымат базасын түзүү абдан маанилүү.

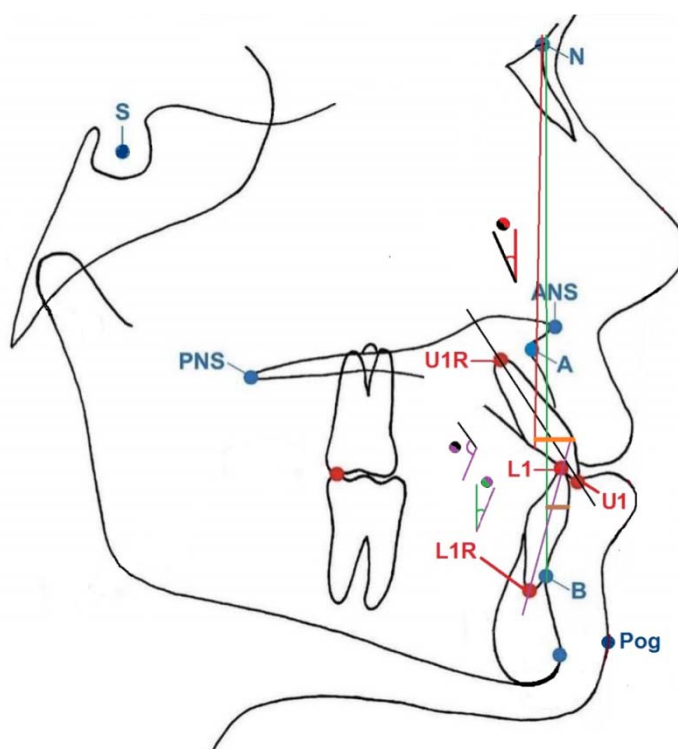
Кыргыз Республикасында жашаган негизги этникалык топтун, кыргыз популяциясынын цефалометриялык ченемдери бүгүнкү күндө жок. Биздин изилдөөдө скелеттин, тиштердин жана жумшак ткандардын түзүлүшүнө басым жасоо менен кыргыз калкы үчүн штайнердин цефалометриялык нормалары аныкталган. Андан соң Кыргыз эркектери менен аялдарынын ортосундагы

айырмачылыктарды аныктап, Кыргыз нормаларын кавказдыктар, монголоиддер жана башка этностор үчүн жарыяланган маалыматтар менен салыштырдык.



3.3.1-сүрөт – Штайнер талдоо боюнча скелет параметрлери.

SNA (бурч), SNB (бурч), SND (бурч), ANB (бурч), окклюзиондук тегиздик-SN (бурч), GoGn-SN (бурч), Pog-NB (сызыгы).



3.3.2-сүрөт – Штайнер талдоо боюнча тиш параметрлери.

U1 - NA (бурч), U1 - NA (сызыгы), L1 - NB (бурч), L1 - NB (сызыгы), резецтер аралык кесүү бурчу.

Скелеттин өлчөө натыйжалары

Санариптештирилген цефалограммалар боюнча штайнердин сызыктуу жана бурчтук параметрлерин колдонуу менен ар бир пациенттин цефалометриялык параметрлери эсептелген (3.3.1 жана 3.3.2-сүрөт). Эркектер, аялдар жана бүтүндөй изилденген калк үчүн бул параметрлердин орточо мааниси жана SD 3.3.1-таблицада келтирилген. Сызыктуу жана бурчтук өлчөөлөрдүн каталары статистикалык мааниге ээ болгон эмес жана сызыктуу үчүн 2,1 мм жана бурчтук параметрлер үчүн 2,7° ашкан эмес.

3.3.1-таблица – Кыргыз эркектеринин (отоп=31) жана аялдардын (отоп=33) ортосундагы Штайнердин анализине ылайык цефалометриялык параметрлерди салыштыруу.

Variable	Mean $\pm$ SD males	Mean $\pm$ SD females	Mean $\pm$ SD both sexes	P-values	Mean difference
SNA (angle) °	80.8 $\pm$ 2.7	81.6 $\pm$ 3.3	81.2 $\pm$ 3.1	0.252	-0.887
SNB (angle) °	78.5 $\pm$ 2.7	78.4 $\pm$ 2.6	78.5 $\pm$ 2.6	0.893	0.091
ANB (angle) °	2.3 $\pm$ 1.8	2.9 $\pm$ 1.9	2.6 $\pm$ 1.9	0.198	-0.626
SND (angle) °	75.8 $\pm$ 3.1	76.0 $\pm$ 2.7	75.9 $\pm$ 2.8	0.781	-0.204
U1-NA (angle) °	20.7 $\pm$ 4.7	18.0 $\pm$ 5.9	19.3 $\pm$ 5.5	0.054	-2.663
U1-NA (line) mm	4.3 $\pm$ 3.0	4.7 $\pm$ 2.5	4.5 $\pm$ 2.8	0.596	-0.376
L1-NB (angle) °	25.5 $\pm$ 3.6	27.8 $\pm$ 4.4	26.7 $\pm$ 4.2	0.026	-2.341
L1-NB (line) mm	5.6 $\pm$ 2.2	6.5 $\pm$ 2.0	6.1 $\pm$ 2.1	0.133	-0.815
Pog-NB (line) mm	1.9 $\pm$ 1.3	1.8 $\pm$ 1.2	1.9 $\pm$ 1.3	0.894	0.044
Interincisal angle 1 to 1 (angle) °	131.1 $\pm$ 5.9	131.1 $\pm$ 8.4	131.1 $\pm$ 7.3	0.968	0.074
Occl-SN (angle) °	13.5 $\pm$ 5.0	16.0 $\pm$ 4.2	14.8 $\pm$ 4.8	0.033	-2.547
GoGn-SN (angle) °	32.3 $\pm$ 5.8	33.6 $\pm$ 4.3	33.2 $\pm$ 5.1	0.223	-1.572

Андан ары биз эркек менен аялдын цефалометриялык параметрлеринин айырмачылыктарын изилдедик. Төмөнкү бурчтарда эч кандай олуттуу айырмачылыктарды тапкан жокпуз: SNA ($P=0,252$), SNB ($P=0,893$), ANB ($P=0,198$), SND ($P=0,781$) и разрез ($P=0,968$). Сызыктуу параметрлердин арасында U1-NA ($P=0,596$) и Pog-NB ($P=0,894$) эркектер менен аялдардын ортосунда салыштырууга болот. Төмөнкү окклюзиялык бурч бет скелетинин түзүлүшүнүн түрүн аныктайт; бул параметр, бурч GoGn-SN, эркектердегидей дивергенция нормасына ылайык келген ($32,3^\circ$), ошентип, аялдар ($33,6$) (3.3.1-таблица).

U1-N бурчу экөөндө тең вестибулярдык азуу тиштердин анча-мынча кыйшайышын көрсөттү, бул аялдарга караганда Кыргыз эркектерине көбүрөөк мүнөздүү. Экинчи жагынан, бурч L1-NB (бардык калкта $26,7$ л), антепозия катары аныкталган Кыргыз аялдарында көбүрөөк байкалган. L1-NB Сызыгы (Бардык популяцияда $6,1$ мм) ошондой эле Кыргыз аялдарындагы төмөнкү тиштин антепозиясын чагылдырган. Акырында, Occl-SN и GoGn-SN бурчтар эркектерге караганда аялдарда жогору баалуулуктар болгон (3.3.1-таблица).

Ошентип, Кыргыз эркектерине жогорку азуу тиштердин NA сызыгына карата көбүрөөк кыйшайышы мүнөздүү, ал эми төмөнкү азуу тиштердин NB сызыгына карата кыйшайышы аялдарда көбүрөөк байкалат. Төмөнкү азуу тиштердин NB сызыгына карата сагитталдык абалы Кыргыз аялдарына көбүрөөк мүнөздүү болгон антепозияга ээ болгон.

Андан ары биз кыргыз популяциясынын баш сөөк-бет өзгөчөлүктөрү башка популяциялардыкынан кандай айырмаланарын изилдедик. Алгач биз кыргыз калкынын нормаларын европеоиддик расанын нормалары менен салыштырдык (3.3.2-таблица). Орточо мааниси SNA ($81,2^\circ \pm 3,1^\circ$) жана SNB ($78,5^\circ \pm 2,6^\circ$) кыргыз популяциянын жүрүшүндө бир нече аз европалык ченем. U1-NA Бурчу ($2,6$ Заслон $1,9$ посоль) Кавказ нормаларынан бир аз ашып кетти, бул чагуу Стас классы үчүн мүнөздүү. U1-NA Бурч ($19,3^\circ \pm 5,5^\circ$) жана аралык U1-NA ($3,5 \pm 2,6$ мм) тандалып аз кавказских ченемдеринин. Акыры, бурч L1-

NB ($26,7^{\circ} \pm 4,2^{\circ}$) жана байланыш L1-NB ($6,1 \pm 2,1$ мм) кавказдыктарга караганда кыйла жогору болгон.

Штайнердин нормасынан анчалык деле чоң айырмачылык эмес, үстүңкү жаактын арткы жагына ыктоо тенденциясы байкалган.

3.3.2-таблица – Штайнерди талдоо боюнча Кыргыз популяциясы менен Кавказ ченеминин ортосундагы цефалометриялык параметрлерди салыштыруу

Steiner's analysis – Штайнер боюнча талдоо						
параметрлери	европейцтер (n=20)		кыргыздар (n=64)		t-test Стьюдента	
	орточо	SD	орточо	SD	P-values	Орточо айырма
SNA (angle) $^{\circ}$	82.0	3.9	81.2	3.1	<0.001	0.8
SNB (angle) $^{\circ}$	80	3.6	78.5	2.6	<0.001	1.5
ANB (angle) $^{\circ}$	2.0	2.8	2.6	1.9	<0.001	1.6
SND (angle) $^{\circ}$	76	-	75.9	2.8	<0.001	0.1
U1-NA (angle) $^{\circ}$	22	-	19.3	5.5	<0.001	3.5
U1-NA (line) mm	4	-	4.5	2.8	<0.001	-0.5
L1-NB (angle) $^{\circ}$	25	-	26.7	4.2	<0.001	-1.7
L1-NB (line) mm	4	-	6.1	2.1	<0.001	-2.1
Pog-NB (line) mm	-	-	1.9	1.3	-	-
1 to 1 (angle) $^{\circ}$	130	-	131.1	7.3	<0.001	-1.1
Occl-SN (angle) $^{\circ}$	14	-	14.8	4.8	<0.001	-0.8
GoGn-SN (angle) $^{\circ}$	32	-	33.2	5.1	<0.001	-1.2

Маанидеги бурчунун $SND (75,9^\circ \pm 2,8^\circ, P < 0,001)$ жана бурчунун разрезинин $(131,1^\circ \pm 7,3^\circ)$ туура эмес отличались ортосунда кыргыздар жана европеоидами. Оклюзиялык бурч $SN (14,8^\circ \pm 4,8^\circ, P < 0,001)$ Кавказ ченеминен бир аз айырмаланган; кыргыздарда үстүңкү жаактын арт жагына кыйшайып кетиши байкалган. Кыргыздарда Үй-үйдүн төмөнкү окклюзиялык бурчу $GoGn-SN (33,2^\circ \pm 5,1^\circ)$ европеоиддердикинен бир аз аз болгон. Коэффициенти кармап калуу $Pog-NB$ аныктоочу выступание подбородка-жылдын $Pogonion$ чейин линиясы NB жана $L1$ чейин линиясы NB (ченем = белгиленбесе), нарын карата кыргыз популяциянын түздү $1,9$ мм (3.3.2-таблица). Кесүү бурчу Кавказ нормасы менен бирдей болгон (131°). Акыр-аягы, жогорку окклюзиялык бурч (Поскам) да Кавказ нормасына жакын болгон.

Биздин жыйынтыктар кыргыздар менен европеоиддерде жогорку окклюзиялык бурчтун көрсөткүчтөрү Олуттуу айырмаланбаганын, төмөнкү окклюзиялык бурч европеоиддердикинен бир аз аз экенин, ал эми кыргыздарда бет скелетинин түзүлүшү дивергенция нормасына туура келерин көрсөтүүдө. Андан соң биз кыргыз популяциясынын цефалометриялык параметрлерин башка этностук популяциялар үчүн жарыяланган маалыматтар менен салыштырдык (3.3.3-таблица). Атап айтканда, биз европеоид8-10, жапондук 17, монголоид15, негроид 25, кытайлык 19, 20, палестиналыктар 23, афроамерикалыктар 24савидандыктар14бардык шилтемелер. Салыштыруу мурда жарыяланган маалыматтарды колдонуу менен жүргүзүлдү: Штайнер (европеоиддер), Миура Фудзи (япон), Шарма (монголоиддер), Драммонд (негроиддер), Чан (Кытай), Хуссейн (палестиндер), Андерсон (афроамерикалыктар), Аль-Джассер (саудиттер). $NA (U1-NA)$ сызыгына карата жогорку азуу тиштердин сагитталдык абалы кыргыздарда ($4,5$ мм) башка этностук топторго караганда: монголоиддер ($6,1$ мм), негроиддер ($7,4$ мм), палестиналыктар ($6,9$ мм), афроамерикалыктар ($7,4$ мм), жапондор ($5,9$ мм) жана саудиялыктар ($5,3$ мм) аз байкалган вестибулярдык абалды көрсөттү. Ошентип, Кыргыз популяциясы үчүн жогорку азуу тиштердин антеппозициясы мүнөздүү.

Кыргыздарда NA сызыгына карата жогорку азуу тиштердин жантайышы $19,3$ ст түзгөн (европеоиддер үчүн норма - 22 ст), бул Кыргыз эркектериндеги азуу тиштердин кичине вестибулярдык кыйшайышын чагылдырат. Төмөнкү азуу

тиштердин NB сызыгына карата жантайышы кыргыздарда 26,7 сот түзүп, ошону менен Кавказ (25 C)8-10 этникалык топторуна жакын болгон. Кыргыздарда Occl-SN жогорку окклюзиялык бурчу 14,8 смди түзгөн, бул дагы европеоиддерге окшош. Эң олуттуу айырмачылыктар кыргыздар менен монголоид расасынын ортосунда байкалган. Кыргыздарда Кыргыз-кыштактын нормодивергенциясына GoGn-SN туура келген төмөнкү окклюзиялык бурч 33,2° түзгөн. Монголоиддик топто бул параметр бет скелетинин гиподивергенттик (горизонталдык) түзүлүшүн, ал эми негроидде бет скелетинин гипердивергенттик (вертикалдык) түзүлүшүн көрсөтөт.²¹

Биз алган маалыматтар Кыргыз этностук тобунда жыныстардын ортосунда эриндердин абалында айрым айырмачылыктар бар экендигин, бирок бул айырмачылыктар аялдар менен эркектердин ортодонтиялык дарылануусуна олуттуу таасир тийгизбей тургандыгын айгинелейт.

3.3.3-таблица – Кыргыз популяциясынын цефалометриялык параметрлерин башка этностук топтор үчүн жарыяланган маалыматтар менен салыштыруу

Parameter	Caucasians ⁸⁻¹⁰	Japanese ¹⁷	Mongoloids ¹⁵ (Asian people)	Negroids ²⁵	Chinese ^{19,20}	Palestinians ²³	African-Americans ²⁴	Saudis ¹⁴	kyrgyz
SNA (angle)°	82.0	81.3	84.8	84.7	83.7	81.9	85.3	83.6	81.2
SNB (angle)°	80.0	76.8	82.6	79.2	79.8	79.2	80.9	81.0	78.5
ANB (angle)°	2.0	4.5	2.2	5.5	3.9	2.7	4.4	2.5	2.6
SND (angle)°	76.0	73.4	80.1	-	-	76.8	77.0	-	75.9
U1-NA (angle)°	22.0	24.1	29.8	24.1	23.5	24.0	22.5	24.8	19.3
U1-NA (line) mm	4.0	5.9	6.1	7.4	-	6.9	7.4	5.3	4.5
L1-NB (angle)°	25	31.2	23.8	36.7	-	26.5	33.9	27.8	26.7
L1-NB (line) mm	4	7.8	4.8	11.4	-	7.1	10.1	6.1	6.1
Pog-NB (line) mm	-	-	-	-	-	2.5	-0.3	1.1	1.9
Interincisal angle 1 to 1 (angle)°	131.0	120.3	125.7	113.4	121.6	126.6	119.1	124.8	131.1
Occl-SN (angle)°	14.0	20.0	16.6		16.4	17.0	16.0	13.3	14.8
GoGn-SN (angle)°	32.0	36.2	26.7	38.2	33.2	31.7	32.5	31.0	33.2

(бардык сандар - орточо маанилер).

Бул изилдөөдө биз скелеттин, тиштердин жана жумшак ткандардын түзүлүшүнө өзгөчө көңүл буруу менен Кыргыз этникалык тобу үчүн цефалометриялык баш сөөк-бет ченемдерин ченедик. Биз ошондой эле Кыргыз нормаларын кавказдыктардын жана башка расалардын өкүлдөрүнүн цефалометриялык нормалары менен салыштырдык. Биздин билишибизче, бул Кыргыз популяциясынын цефалометриялык ченемдери чогултулган жана изилденген биринчи изилдөө.

Изилдөөгө беттин травмасы жана ортодонтиялык дарылоо Тарыхы жок кадимки классынын окклюзиясы жана гармониялуу бети бар бейтаптар кирген. Бейтаптардын бул категориясы ортодонтиялык жардамга эң көп кайрылышат жана Казакстанда басымдуу курактык топко (16-25 жаш) кирет, ошондуктан ал өлкөнүн калкынын тиешелүү репрезентативдик үлгүсү катары тандалган. 13-27 жаштан баштап чоңдордун жаак сөөктөрүнүн пайда болушу жөнүндөгү маалыматтар да изилдөө тобун кыргыз калкынын эң маанилүү тобу катары кароого мүмкүндүк берди. Мындан тышкары, ата-энеси, чоң атасы Кыргыз болгон кыргыздарды тандап алдык. Бул жагынан алганда, биздин изилдөө жапондордо жүргүзүлгөн изилдөөгө окшош. Бирок бул тандоо ыкмасы кыргыз калкы үчүн өзгөчө ишенимдүү, анткени кыргыздын расасын же этносун анын фамилиясы боюнча аныктоого болот.

Биздин изилдөөдө нормалдуу окклюзиясы бар кыргыз калкына мүнөздүү болгон краниофасиалдык өзгөчөлүктөр сүрөттөлгөн. Бул өзгөчөлүктөргө кыргыздардын бир аз чыгып турган жогорку жаагы кирет. Тактап айтканда, бурч Штайнер нормаларынан ашат, 8-10, бул үстөмдүк кылуучу чагуу деп эсептелетс класс. Изилденген казак калкында эриндердин эң көп кездешкен абалы кесилген. Биз кыргыздын цефалометриялык нормаларын Штайнер жана айрым расалык топтор менен салыштырдык. Кыргыз нормалары монголоид жана негроид расаларына караганда Штайнерге (европеоид расасына) жакын экени белгилүү болду. Кыргыздар теги боюнча монголоиддик расага жакын деп эсептелинет, бирок изилдөөлөр кыргыздардын цефалометриялык параметрлери европеоиддик расага (европеоиддер) окшош экенин көрсөтүүдө. Европеоиддик

жана Кыргыз улуттарынын окшоштугунун мүмкүн болгон себептери жөнүндөгү маселелер биз тарабынан чечилген эмес, бирок бул Борбордук Азиянын ушул аймагына мүнөздүү болгон тарыхый окуяларга (массалык миграция, жер которуу, көчмөн жана көчмөн эмес этникалык топтордун аралашуусу) байланыштуу болушу мүмкүн. Кыргыз калкынын алдыңкы тиштеринин кыйшаюусу монголоид¹¹ жана негроид расалары²¹ге караганда кавказдыктарга окшош экенин аныктадык. Жогорку азуу тиштердин кето сызыгына карата сагитталдык абалы монголоиддер менен негроиддерге караганда кыргыздарда азуу тиштердин вестибулярдык абалын анча көрсөткөн эмес. Акыр-аягы, кыргыз этносунун өкүлдөрүнүн алдыңкы тиштеринин кыйшайган бурчу монголоид жана негроид расаларына караганда европеоид расасынын нормаларына жакын болгон. Алынган жыйынтыктар стоматологиялык жана ортодонтиялык практикага Кыргызстандагы бойго жеткен калктын диагнозун жана дарылоонун натыйжаларын жакшыртууга жардам берет. Даяр цефалометриялык программаларга расалык параметрлерди киргизүүдө монголоид эмес, кавказдык тандоо так маалыматтарды бере алат. Цефалометрияны пластикалык хирургияда колдонууда беттин өзгөчөлүктөрүн шайкеш келтирүү жолу менен эмес, кавказдык параметрлер боюнча профиль түзүү максатка ылайыктуу. Биздин маалыматтар ошондой эле обструктивдүү уйку апноэ менен ооруган бейтаптарды дарылоо үчүн колдонулушу мүмкүн; мындай иш мурда башка калк үчүн жасалган²⁸.

Ошондой эле Кыргыз эркектери менен аялдарынын айырмачылыктарын да изилдедик. Орточо алганда, жогорку азуу тиштердин сызыкка карата кыйшайышы азуу тиштердин кичине вестибулярдык кыйшайышын чагылдырган, бул Кыргыз эркектерине көбүрөөк мүнөздүү. АНТЕПОЗИЯ катары аныкталган төмөнкү азуу тиштердин анти-позиция катары эңкейиши аялдарда көбүрөөк байкалган жана жалпысынан кавказдыктарга жакыныраак болгон. 4-6 NB сызыгына карата төмөнкү азуу тиштердин Сагитталдык абалы Кыргыз аялдарында көп кездешкен антепозияны көрсөттү. Биздин жумшак ткандарды талдоо көрсөткөндөй, Кыргыз эркектеринин эриндери көбүнчө

ийилип, тең салмактуу болгон, ал эми аялдардын эриндери ийилип, тегизделген. Эркектер менен аялдардын ортосундагы жумшак ткандардагы бул айырмачылыктар ортодонтиялык дарылоого таасир этпейт.

Биздин изилдөө кыргыз улутундагы 44 эркек жана 23 аялдын 16 жаштан 25 жашка чейинки каптал цефалограммасын изилдөөнүн негизинде жүргүзүлдү. Катышуучулар тиш классынын катышына, тең салмактуу профилине, мурунку ортодонтиялык дарылоонун жоктугуна, туруктуу тиштердин толук жарылышына жана этникалык таандыктыгына (эне, ата, чоң ата, чоң эне - кыргыздар) жараша тандалып алынган. Бул репрезентативдик топ ортодонтиялык кызматтарга көп кайрылат жана Кыргызстан калкынын арасында эң кеңири тараган болуп эсептелет. Бирок, биз изилдөөбүздүн учурдагы чектөөлөрүн моюнга алабыз, тактап айтканда, ишенимдүү статистиканы алуу үчүн жетишсиз болгон пациенттердин саны. Республиканын стоматологиялык клиникаларында цефалостаттардын жетишсиздигинен улам цефалограммаларды көбүрөөк чогултууда кыйынчылыктар болду. Ошондой эле жарымы же төрттөн бири гана Кыргыз болгон же бир нече этникалык топтордун жана расалардын урпактары болгон бейтаптар дагы иликтөөнү талап кылат деп эсептейбиз.

Жыйынтык

Кадимки окклюзиясы бар кыргыздарга мүнөздүү болгон бир аз чыгып турган жогорку жаактарды таптык. Тактап айтканда, Штайнердин нормаларынан ашкан ANB 2,6 бурчу чагуу-класс басымдуулук кылганын көрсөткөн. Мындан тышкары, Жогорку азуу тиштердин сызыкка карата сагитталдык абалы 4,5 мм азуу тиштердин анча байкалбаган вестибулярдык абалын жана эриндердин көбүрөөк ийилгендигин көрсөттү.

Кызматкерлеринин ортосундагы эркектер различались ар кандай көрсөткүчтөр, анын ичинде бурчтары U1-NA, L1-NB, GoGn-SN, линейный параметр L1-NB жана жобо эриндин салыштырмалуу S-линия.

Биз кыргыз популяциясынын цефалометриялык ченемдерин аныктадык жана европалык популяция (географиялык кошуналардын өкүлү катары) жана башка тандалып алынган популяциялар менен окшоштуктарды жана айырмачылыктарды бөлүп көрсөттүк. Биздин маалыматтар Кыргызстандын бойго жеткен калкын диагностикалоону жана дарылоону Олуттуу колдоого жана жакшыртууга мүмкүндүк берет.

3.4 Диагностиканы колдонуу, телеентгенография (ТРГ) ыкмасын колдонуу менен айкалышкан малокклюзияны дарылоонун натыйжалуулугун көзөмөлдөө

Малокклюзия - алдыңкы тиштердин чыгып турушу-ортодонтияда кеңири таралган патология болуп саналат. Анын өнүгүү себептери тубаса жана сатып алынган шарттар, зыяндуу адаттар, ж.б. ал, эреже катары, туруктуу тиштери чыккандан кийин пайда болот. Тиштелген аномалияларды дарылоо жана оңдоо ортодонтологдор тарабынан жүргүзүлөт. Машиналар жана башка туруктуу жана алынуучу дарылоо ыкмалары колдонулат. Дарылоо өспүрүм курагында бир же бир нече этапта жүргүзүлүшү мүмкүн. Дарылоонун ийгилиги-бул тиштеген патологияны акылга сыярлык мөөнөттө оңдоо жана узак убакыт бою туруктуу натыйжалар. Бул бөлүмдө бул тиш аномалиясы менен балдарды дарылоо тажрыйбасы берилет.

Тиштердин бири-бирин туура эмес тиштеп калышынын көптөгөн себептери бар. Аларга тиштердин, жаактардын, эриндердин, тилдин же жаактын абалы кирет; алар тукум куучулукка, адаттарга же дем алуу адаттарына байланыштуу болушу мүмкүн. Ортодонтиялык дарылоонун зарылдыгы тиштердин тигил же бул абалы алардын өмүрүнө кандай таасир этээрине, же тиштердин сырткы көрүнүшү адамдын өзүн-өзү сезүүсүнө же экөөнө тең кандай таасир этээрине жараша аныкталышы мүмкүн. [11,19].

Алдыга чыгып турган жогорку алдыңкы тиштер (АК класстын малокклюзиясы) жаак, тиш жана эриндин абалынын ар кандай айкалышы менен шартталышы мүмкүн. Максилла (максилла) өтө алдыга түртүлүшү

мүмкүн же, тагыраак айтканда, астыңкы жаак (мандибула) өтө артка бурулушу мүмкүн [1,10]. Эгерде астыңкы эрин артта калса же адаттан улам (мисалы, баш бармакты соруу) алдыңкы тиштер (азуу тиштер) чыгып калышы мүмкүн. Бул пациентке шылдыңдоо [20] жана шылдыңдоо [19] үчүн максаттуу боло турган көрүнүштү берет, бул жашоо сапатына таасирин тийгизет [15,21]. Эгерде алдыңкы тиштер алдыга чыгып кетсе (3-5 ммден ашык), алар эки-үч эсе көп жаракат алышат [14,17]. Чыгып турган жогорку алдыңкы тиштер (малокклюзия) - ортодонттордун эң көп кездешкен көйгөйлөрүнүн бири жана Улуу Британияда 12 жаштагы балдардын болжол менен төрттөн бирине таасир этет[16]. Бирок, расалык айырмачылыктар бар: көрүнүктүү жогорку алдыңкы тиштер (ото Малокклюзия классы) ак Түндүк европалык тектүү адамдарда эң көп кездешет жана кара, чыгыш расалар жана айрым скандинавиялык популяцияларда эң аз кездешет [13, 18, 22].

Далилдер көрсөткөндөй, алдыңкы тиштери бар балдарды эрте ортодонттиялык дарылоо өспүрүм куракта бир этапта жасалган дарылоого салыштырмалуу жогорку азую тиштеринин (үстүнкү орто төрт тиштин) бузулуу жыштыгын кыйла азайтат. Эки этаптуу дарылоонун (б.а. 7 жаштан 11 жашка чейин жана дагы өспүрүм куракта) өспүрүм курактагы бир этаптуу дарылоого салыштырмалуу башка артыкчылыктары жок [11].

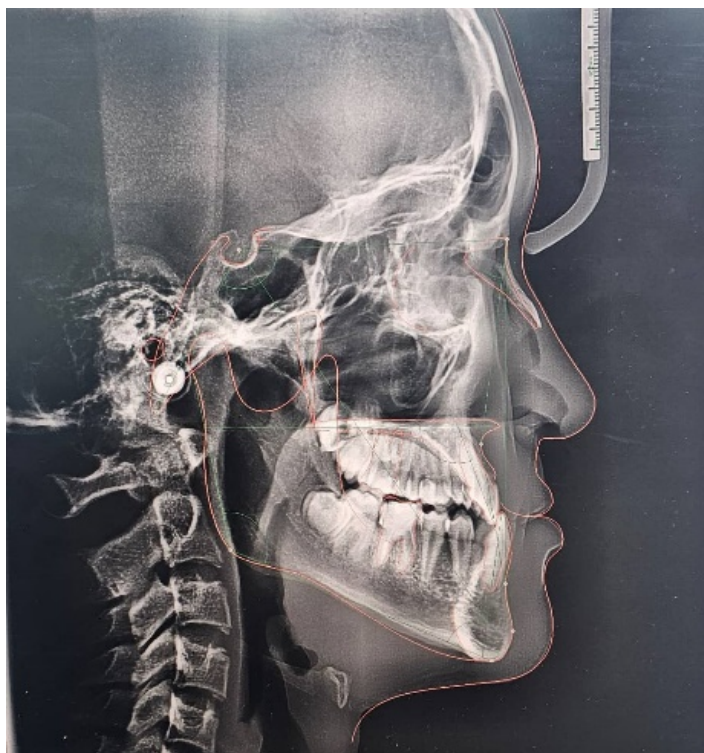
Изилдөөлөр ошондой эле алдыңкы тиштери бар өспүрүмдөрдүн функционалдык аппараттары менен дарылоо эч кандай дарыланбаган өспүрүмдөргө салыштырмалуу алардын чыгышын бир топ азайтат деп болжолдойт. Изилдөөлөр көрсөткөндөй, тиштердин чыгышын азайтуу үчүн кайсы бир аппарат экинчисинен жакшыраак [5, 6, 7].

Тиштин аномалиясы менен ооруган адамды дарылоонун клиникалык учурун сунуштайбызк класс, тескери кесүүчү кабатташуу менен.

Бейтап клиникага беттин эстетикасына жана тиштенүүсүнүн бузулушуна, чайноодогу кыйынчылыктарга, тиштердин сырткы көрүнүшүнө жана беттин профилине канааттанбагандыгына төмөнкү жаактын ашыкча чыгып кетишине

даттануу менен кайрылган. Адатта, аномалия акырындык менен өнүгүп, туруктуу тиштер чыккандан кийин байкала баштады.

Бейтапка баштапкы комплекстүү текшерүү жүргүзүлүп, ага каптал проекциядагы ТРГ анализин, көзөмөлдөө жана диагностикалык моделдерди, ОПТГ, бет жана ооз ичиндеги сүрөттөрдү камтыган. Клиникалык экспертизанын жана кошумча изилдөө ыкмаларын талдоонун негизинде диагноз коюлду: тиштин мезиалдык окклюзиясы, тескери сагитталдык жарака. Каптал ТРГ анализи көрсөткөндөй, жогорку жаак баш сөөгүнүн мейкиндигинде туура позицияны ээлейт, ал эми төмөнкү жаак баш сөөгүнүн түбүнө карата алдыңкы абалга ээ – прогнатия. ТРГ Талдоо Штайнер боюнча жүргүзүлгөн (3.4.1-сүрөт).



3.4.1-сүрөт – Штайнер боюнча ТРГ талдоо.

Оорулууга хирургиясыз ортодонтиялык дарылоо сунушталды, ал төмөнкү кадамдарды камтыйт:

1. Дарылоо планын түзүү, ортодонт дарыгери жана терапевт дарыгери менен бирге пациенттин консультациясы.

2. Туруктуу чайноочу тиштердин анатомиялык формасын калыбына келтирүү максатында терапиялык оозеки тазалоо.

3. Ортодонтиялык пландаштыруу, жаакты туура жайгаштыруу үчүн туруктуу модификацияланган Брукль аппаратын жасоо.

4. Аппаратты күн сайын активдештирүү. Бул этапта тиштерди тегиздөө, тиш катарларынын формасын нормалдаштыруу, алардын шайкештигин түзүү жүргүзүлдү.



3.4.2-сүрөт – Штайнер боюнча цефалометриялык анализ (боюнча [1]).

Жогорку жана төмөнкү жаак азуу тиштеринин абалына көп көңүл бурулган. Дарылоого чейин ретрузиялык абалды ээлеген төмөнкү азуу тиштери туура абалга келтирилген. Бул этаптын узактыгы 4 айды түздү. 4 айдан кийин тиштердин катышы нормалдуу абалга келтирилди (3.4.3, 3.4.4, 3.4.5-сүрөттөрдү караңыз).

Ортодонтиялык дарылоо аяктагандан кийин пациентке кайра диагностика жүргүзүлдү, ага ТРГ анализи, контролдук-диагностикалык моделдер, ОПТГ беттин каптал проекциясындагы сүрөтү кирди (3.4.5-сүрөттү караңыз).



3.4.3-сүрөт – Дарылоого чейин пациенттин тиштенүүсүнүн көрүнүшү.



3.4.4-сүрөт – Дарылоонун этаптары жана пландаштыруу.



3.4.5-сүрөт – Дарылоодон кийин.

Бул пациентти дарылоо стандарттык ыкма боюнча жогорку жаакка туруктуу кармоочу зым элементтерин орнотуу менен аяктады. Дарылоонун жалпы узактыгы 8 айды түздү. Буга чейин жана кийин цефалометриялык көрсөткүчтөрдү салыштыруу көрсөткөндөй, берилген пациентте тандалган дарылоо ыкмасы жаак жана окклюзия мамилелерин гана эмес, беттин жумшак ткандарынын профилин дагы жакшырткан. Скелеттин аномалияларын ортодонтиялык дарылоо ыкмасы жаактын өсүшү бүтпөгөн пациенттерде патогенетикалык дарылоо болуп саналат жана ортодонтиялык дарылоонун алгачкы этаптарында керектүү эстетикалык натыйжага жетет, бул тиштин идеалдуу окклюзиясын жаратат.

ЖЫЙЫНТЫК

1. Биринчи жолу балдардын жана өспүрүмдөрдүн негизги стоматологиялык ооруларынын таралышы жана интенсивдүүлүгү жөнүндө маалыматтар алынган жана Ош облусунун мектеп окуучуларынын арасында тиш кариесинин таралышы 87,6% ды түзөрү аныкталган. КПУНУН тиш кариесинин интенсивдүүлүгү - 1,52 (К - 1,2; П - 0,2; У - 0,1); $k_p = 1,7$ ($k - 1,6$; $p - 0,1$). 12 жаштагы балдар арасында тиш кариесинин таралышы 72,4% ды түзөт; КПУНУН интенсивдүүлүгү - 1,8 (К - 1,5; П - 0,2; У - 0,1). 15 жаштагы балдардын пародонт оорусун дарылоого муктаждыктын көрсөткүчү 66% түзөт.

2. Биринчи жолу Ош облусунун тургундарынын ортодонтиялык патологиясынын абалы тууралуу маалымат алынды. Балдар жана өспүрүмдөр арасында ортодонтиялык дарылоонун жана профилактикалык иштин зарылдыгы аныкталды.

3. Биринчи жолу ортодонтиялык бейтаптарды телерентгенография (ТРГ) ыкмасы менен текшерүүнүн комплекстүү ыкмасы колдонулган.

4. Комплекстүү дарылоо алкагында ТРГ колдонуу натыйжалуулугу жөнүндө маалыматтар.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

1. Ош облусунда стоматологиялык жана ортодонтиялык патологиянын таралышы жана интенсивдүүлүгү жөнүндө алынган маалыматтарды медициналык стоматологиялык жардамды уюштурууда колдонуу сунушталат, бул калкка стоматологиялык жардамды жакшы пландаштырууга мүмкүндүк берет.

2. Жана жаак-бет аномалияларын ортодонтиялык дарылоону пландоонун жана дифференциалдык диагностикалоонун алдыңкы сабында турат жана Кыргызстандын стоматологиялык клиникаларына кеңири киргизүү сунушталат.

3. ТРГны киргизүү сүрөттөрдү изилдөө (цефалометрия) натыйжаларын чечмелөөгө мүмкүндүк берет. Сагитталдык, вертикалдык жана трансверсалдык жаак катышын баалоо; баш сөөктүн, гнатикалык жана зооалвеолардык патология деңгээлин бөлүп көрсөтүү; тиш менен тиштин катышын талдоо; бет скелетинин түзүлүшүн жумшак ткандардын контурлары менен салыштыруу.

КОЛДОНУЛГАН АДАБИЯТТАРДЫН ТИЗМЕСИ:

1. Абдрахманов С. А., Мамытов А. М., Джумаев А. Т. Кыргызстандагы стоматологиянын өнүгүү тарыхы //Здравоохранение Киргизии. – 1987. - №3. - 61-63-бб. (А3)
2. Бейтапка багытталган медициналык жардамды пландаштыруу / / саламаттыкты сактоо экономикасы. – 2008. - №12. -18-25-бб. (+А12)
3. Айтмурзаева Г. Т. "Манас таалими"улуттук программасынын алкагында калктын ден соолугун чыңдоо стратегиясы. - Кыргызстандын Медицинасы. - 2007, №4. - 5-9 б. (А10)
4. Базиян Г. В., Новгородцев Г. А. стоматологиялык жардамды илимий пландаштыруунун негиздери. Медицина, 1968. – 240с. (Б1)
5. Бутова В. Г., Зимина Э. В., Каплан М. З. стоматологиялык жардамдын сапатын башкаруу. М: ЖЕРГЕТАЛ, 2007. – 224с. (+Б19)
6. Оорукана жана Кылым: трансформация жолу. Абстракттуу 5. Саламаттыкты сактоо системалары жана саясаты боюнча Европа обсерваториясы. - Женева,
7. Вагнер В. Д., Нимаев Б. Ц. стоматологиянын врач-стоматолог адистигин саламаттык сактоо системасына андан ары киргизүүнүн Заманбап милдеттери. – 2007. - №1.
8. Грищенко Н. Б.ыктыярдуу медициналык камсыздандыруудагы актуардык эсептешүүлөр. // Саламаттыкты сактоо экономикасы. – 2001. - №6. - 28-32-бб. (Г4)
9. Давлатова А. А. балдардын тиш кариесинин локалдуу алдын алуу маселелери / / Казакстан. – 2007. - №1. – 161-162. (Д1)
10. Есембаева С. С. Казакстан Республикасынын айыл тургундарынын парадонт ооруларынын түзүмү жана таралышы. // Стоматологиядагы көйгөйлөр. – 2005. - №2. -Б.15-21. (Е2)

11. Есембаева С. С., Ибраева С. Б., Манекеева З. Т., Чыгыш Казакстандын айыл тургундарынын тиш оорулары. // Казакстан. – 2006. – №1(3). -Б.18-21. (Е3)
12. 2001-жылы калктын саламаттыгы жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо мекемелеринин иши. – Бишкек. – 2002. – 208с. (33)
13. 1991-2010-жылдарда Кыргыз Республикасында калктын саламаттыгы жана саламаттык сактоо. – Бишкек. – 2001. – 48с. (34)
14. Исмаилов А. калкка стоматологиялык жардам көрсөтүүнүн азыркы шарттарын жана өнүгүү келечегин социалдык-гигиеналык изилдөө. - Кыскача маалымат. дис. ... канд. бал. илимдер. Бишкек, 2011. – 24С. (14.01.14) (И6)
15. Кабулбеков А. А., Кыстаубаева Ж. А., Сиырбай С. Д. тиш кариесинин алгачкы алдын алуу ыкмаларын жакшыртуу //Костя Казакстан. – 2007. - №1. – 25-28. (К1)
16. Каратаев М. М. рынок экономикасына өтүү шарттарында саламаттык сактоону каржылоо системасынын илимий негиздемеси (Кыргызстандын мисалында): Автореф. дисс ... доктор бал. илимдер: М., 2000. – 42с. (К4)
17. Каратаев М. М. финансылык каражаттарды бир тургунга бөлүштүрүү. // Саламаттыкты сактоо экономикасы. – 2001. - №2. -Б.15-16. (К5)
18. Каратаев М. М., Селпиев Т. Т. рыноктук мамилелердин шартында калкка стоматологиялык жардам. // Контексттеги заманбап медицинанын натыйжалары жана өнүгүү перспективалары.кылым. – Бишкек. – 1998. -525-529-66. (К6)
19. Касиев Н. К., Мейманалиев Т. С. Кыргыз Республикасында саламаттык сактоону реформалоо. //Кыргыз Республикасында саламаттык сактоону реформалоо (киргизүү пландары, процесси жана натыйжалары): Мат. Кенди., Ысык-Көл, 9-12-июнь, 1999-жыл. - Бишкек, 1999. - 7-14-66. (К7)

20. Кузнецов П. П. негизги принциптери жана даярдоо этаптары саламаттык сактоо мекемелери федералдык баш ийүүнү эсептөөлөргө федералдык бюджет менен "дарыланган бейтап үчүн". // Саламаттыкты сактоо экономикасы. – 2001. - №1. -Б.21-25. ((23)Куклин Г. С., Сорокина Ф. С. стоматологиянын Борбордук илимий-изилдөө институтунда илимий-педагогикалык кадрларды жана Стоматолог дарыгерлерди дипломдон кийинки даярдоо. // Стоматологиялык. – 2002. - №5. 78 б. (K29)

21. Кулаков В. И. бардык каржылоо булактары менен эсептөө тутумун киргизүү тартиби жөнүндө (анын ичинде федералдык бюджет менен) "дарыланган бейтап үчүн"принциби боюнча. // Саламаттыкты сактоо экономикасы. – 2001. - №1. -19-20-бб. (K30)

22. Куракбаев К. К. саламаттык сактоо реформасы шартында калкка стоматологиялык жардам көрсөтүүнү уюштуруунун экономикалык негиздери. // Стоматологиядагы көйгөйлөр. – 1998. - №2. -38-39-бб. (K31)

23. Куракбаев К. К., Нургужаева Б. Н. Милдеттүү медициналык камсыздандырууну киргизүү шарттарында стоматологиялык жардамды уюштуруу маселелери. // Заманбап шарттарда стоматологиянын өнүгүү жолдору: Мат. Казакстан стоматологдорунун съезди (съемка). - Алматы, 1998. -Б.16-21. (K32)

24. Кучеренко В. З., Антропов В. В. Европа Биримдигинин өлкөлөрүндө саламаттык сактоону каржылоо системалары // саламаттык сактоо экономикасы. – 2006. - №7. 8 -13 б. (K33)

25. Касиев Н. К., Рисалиев Д. Д. саламаттык сактоо тармагындагы реформалардын натыйжасында медициналык уюмдардагы айрым көрсөткүчтөрдү изилдөө. // Кыргызстандын Саламаттык Сактоосу. – 2009, №1. -Б.37-40. (+K65)

26. Касиев Н. К., Рисалиев Д. Д. саламаттык сактоону реформалоо жана Милдеттүү медициналык камсыздандыруу (Кыргызстандагы саламаттык сактоо системасын реформалоого көз караштар жана практикалык

медициналык камсыздандыруунун айрым тыянактары). - Бишкек: Илим, 2010. – 216с. (+К66)

27. Кучеренко В. З. саламаттык сактоону өнүктүрүүдө медициналык кадрларды даярдоонун ролу // саламаттык сактоо экономикасы. – 2011. - №5-6. -5-12 б. (+К67)

28. Саламаттыкты сактоо кызматын комплекстүү баалоодо маркетингдик инновациялык моделди колдонуу. // Саламаттыкты сактоо экономикасы. – 2011. - №1-2. -Б.5-11. (+К68)

29. Леонтьев В. К., Золотуская И. Б., Шиленко Ю. Б. Стоматологиянын экономикасы илимий дисциплина катары. // Стоматологиядагы жаңы. – 1997. - №7. - 3-6 б. (Л8)

30. Стоматологиялык мекемелердин тармагы: рыноктук мамилелерге өтүүдөгү өнүгүү тенденциялары жана багыттары. // Стоматологиялык. – 1998. - №1. -Б.51-54. (Л11)

31. Леонтьев В. К., Россиянын стоматологиялык кызматы жана башкаруунун жаңы шарттарында аны өнүктүрүүнүн келечеги. // Стоматологиялык. – 1997. - №2. 4-б. - 7. (Л12)

32. Леонтьев В. К., Аврамова О. Г. өткөөл экономикадагы стоматологиялык профилактиканын стратегиясы жана пландаштыруу жөнүндө. // Стоматологиялык. – 1998. - №4. -Б.25-26. (Л13)

33. Леонтьев В.К., Соколов Е. И., Володин В. В., Безруков В. М., Максимовский Ю. М. стоматология үчүн кадрларды даярдоо жана өркүндөтүү жөнүндө. // Стоматологиялык. – 2001. - №2. - 9-14-бб. (Л16)

34. Комплекстүү периодонталдык индекс. // Стоматологиялык. – 1998. - №1. -Б.28-29. (Л17)

35. Мамытов М.М., Каратаев М. М. Кыргызстандын саламаттык сактоо системасынын азыркы абалы жана негизги өнүгүү багыттары // саламаттык сактоо экономикасы. – 2004. - №2. - 5-15-бб. (М4)

36. Мамытов М. М., Яковлев Е. П., Токтомаев Н. П., Каратаев М. М. стационардык медициналык жардамды реформалоонун жыйынтыктарына мониторинг жүргүзүү, баалоо жана талдоо системасын иштеп чыгуу. Методикалык сунуштар. Бишкек, 2003. - 485-497-бб. (M5)
37. Мейманалиев Т. С. саламаттык сактоонун Кыргыз модели. – Бишкек, "Учкун". – 2003. – 688с. (M7)
38. Мирзабеков О. М. менчиктештирилген стоматологиялык мекемелердин көйгөйлөрү. // Эксперименталдык жана клиникалык стоматология. - Алматы, 1998. -Б.3-6. (M11)
39. Мирзабеков О. М., Хауа-адам С. Т. Ата Мекендик стандартташтыруунун тарыхы жана келечеги. // Эксперименталдык жана клиникалык стоматология. - Алматы, 1998. -18-20-бб. (M12)
40. Мамбетов М. А. коомдук саламаттык сактоо жана анын адамдын ден соолугун сактоодогу ролу. // Кыргызстандын Саламаттык Сактоосу. – 2008, №1. -4-8 б. (+M31)Национальная программа реформ здравоохранения «МАНАС» (1996-2006). Бишкек: Министерство здравоохранения, Кыргызская Республика, 1996. – 56с. (H4)
41. Нишанов К. Н. Кыргызстандын калкына стоматологиялык жардамды өнүктүрүүнүн тарыхый очерки. - Фрунзе: Кыргызстан, 1973. – 52с. (H5)
42. Нурбаев А.Ж. ортопедиялык стоматологиялык дарылоого жаткан карыганда жана карыганда келип чыккан тиштин катуу ткандарынын бузулушу. // Кыргызстандын Саламаттык Сактоосу. – 2008. - №4. - Б.150-152. (+H8)
43. Үй - бүлөлүк стоматолог: чындык жана көйгөйлөр. // Стоматологиялык. – 1996. - №1. -Б.75-76. (O1)
44. Рыноктук мамилелерге өтүү шарттарында балдарга стоматологиялык жардам көрсөтүү. // Стоматологиялык. – 1996. - Атайын. чыгаруу. -Б.28-29. (O2)

45. Оспанова Г. Б. адамдын жашоо сапатынын фактору катары ден соолук мейкиндигин түзүүдө ортодонтиялык дарылоо технологиялары: Автореф. дис. ... доктор бал. илимдер. - М., 2000. – 64с. (O5)
46. Олесова В. Н.имплантаттарды колдонуу менен калкка стоматологиялык жардам көрсөтүү жөнүндө жобо. // Стоматологиядагы Экономика жана башкаруу. – 2000. - №1. -Б.24-26. (O6)
47. Оспанова Д. С. чет өлкөлөрдө стоматологиялык жардамды уюштуруу тажрыйбасын колдонуу. // Стоматологиядагы көйгөйлөр. – 2002. - №1. -Б.25-26. (O8)
48. Саламаттык сактоо секторун реформалоо боюнча экинчи долбоорго Кыргыз Республикасына сунушталган кредит боюнча долбоорду баалоо (1 жана 2-тиркемелер). - Вашингтон, ОК: Дүйнөлүк банк, "адам ресурстарын өнүктүрүү сектору" бөлүмү, Европа жана Борбордук Азия аймагы, 2001. - 48с. (O9)
49. Орозалиев С. О. Кыргыз Республикасында дарылоо жана алдын алуу кызматтарынын сапатын башкаруунун көп сектордуу модели. - Кыргызстандын Медицинасы. - 2009, №3. - 4-8 б. (+O14)
50. Рузуддинов С. Р. Казакстан стоматологиялык Ассоциациясынын 2006-жылдагы иши жана кийинки жылдардагы маанилүү милдеттери // Кыргызстан. – 2007. - №1. – 9-11.Султанмуратов М.т. Кыргыз Республикасында медициналык кызмат көрсөтүү системасын структуралык өзгөртүп түзүүнүн моделин илимий жалпылоо: Автореф. дис ... доктор бал. илим: Бишкек, 2002. – 34с. (C22)
51. Сухийев Т. К. балдар стоматологиясынын көйгөйлөрү жана аларды заманбап шарттарда чечүү жолдору. // Стоматологиядагы көйгөйлөр. – 2003. - №2. -Б.21-26. (C24)
52. Супиев Т. К., Абдыбекова А. К., Орманов Е. К. Гигиенист стоматологиялык балдарда стоматологиялык оорулардын алдын алуу программасынын негизги аткаруучусу. // "Стоматологиянын проблемалары"

"Казакстан Республикасында стоматологиялык кызматты өнүктүрүүнүн проблемалары жана келечеги" Эл аралык илимий-практикалык конференциясы-Алматы, 2010. - 179-180-бб. (+С35 тартып О12)

53. Таиров У. Т., Назаров З. А. "2000-2010-жылдарга Тажикстан Республикасында саламаттык сактоону реформалоо боюнча программаны" ишке ашыруу жарыгында стоматологиялык кызматтын абалы жана аны реформалоо. //Stomatologiya. – 2000. - №2. -6-8 б. (Т1)

54. Темирбаев М. А. Казакстандын Стоматологиясынын жетишкендиктери жана көйгөйлөрү. – 1999. - №1. -Б.72-77. (Т6)

55. Темирбаев М. А. казакстандык Стоматологиядагы жетишкендиктер жана көйгөйлөр. // Стоматологиядагы көйгөйлөр. – 1998. - №2. -33-37-бб. (Т7)

56. Темирбаев М. А. Казакстан Республикасында жогорку стоматологиялык билим берүүнү реформалоонун концепциясы. // Казакстан. – 2006. – №2(4). -8-16-бб. (Т8)

57. Токтоматов Н. Т. Кыргыз Республикасынын калкына стационардык медициналык жардамды каржылоо проблемалары. // Саламаттыкты сактоо экономикасы. – 2003. - №1. -Б.28-30. (Т9)

58. Токтоматов Н. Кыргызстан калкына стационардык медициналык жардамды башкаруу тармагын реформалоо шартында: Автореф. дис ... доктор бал. илимдер: М, 2004. – 54с. (Т10)

59. Токтоматов Н.Т., Каратаев М. М. Кыргыз Республикасында стационардык кызматты оптималдаштыруу жолдору // саламаттык сактоо экономикасы. – 2004. - №1. - 11-16-бб. (Т11)

60. Токтоматов Н.Т., Каратаев М. М., Василевский М. Г., Кожалиев А. К. саламаттык сактоо тармагын реформалоо шарттарында саламаттык сактоо ресурстарын башкаруунун натыйжалуулугун Талды. // саламаттык сактоо экономикасы. – 2007. - №3-4. Б.21-25. (Т15)

61. Трифонова Н. Сыйкыр. Иштөө шарттары жана медициналык мекемелердин адаптациялоо рыногу / / саламаттык сактоо экономикасы. – 2008. - №9. -16-18-бб. (+Т16)

62. Жаңы Тыналиева.А. балдардын жаак-бет локализациясынын ооруларын курчуткан комплекстүү ириңди Дарылоожана с. жаңы Рапилерди колдонуу. Кыскача маалымат. дис. ушул ... Кан. бул жүн. илим. Бишкек, 2000. – 26с. (+Т18)

63. Б.Тимаков.Б., В. Левашова.Бек Борбиев.Б. Микробиология. – 2-

64. Хуторский М.А., Гехт Эмес.А. адам башына камсыздандыруу системасын калыптандыруу милдеттүү эмес ченем менен Дифференцияланганмедициналык в. //саламаттык сактоо экономикасы. – 2008. - №2-3. -Б.22-27. (+Х5)

65. Черниченко Үй-Бүлөсү.Жыл., Ал Эми Волучин.В., Дробязко Н. А.көп тармактуу врачтык бөлүм поликлиника жалпы с. //саламаттык сактоо экономикасы. – 2008. - №1. 3640 б. (+Ч6)

66. Шарапов Эмес. В. мекемелердин жогорку технологиялык жардам Федералдык медициналык жардам көрсөтүү жөнүндө баш ийүүсү. // Саламаттык Сактоо Экономикасы. – 2001. - №1. -Б.12-13. (Ш1)

67. Шевченко Аба. Баасы. Он уроков реформасы (докла ОСОД (съесть) Всероссийский Пирогово врачынын баруусу азаят). // Саламаттык Сактоо Экономикасы. – 2001. - №7-8. -16-18-бб. (Ш4)

68. Жылдын Шемасы.М. башкарууну финансылоону финансылоону реформалоо жылдары. Басма Борбору, 1998-Жыл. – 128с. (Ш5)

69. Жылдын Шемасы. М. Зам калкка медициналык жардам акы төлөө: Кыргыз Республикасы үчүн саламаттыкты сактоону каалабайм маанилүүкурсия тажрыйбасында // саламаттык сактоо экономикасы. – 2007. - №1. - 17-29-бб. (+Ш6)

70. Б.Шан. Сыйкыр. Илимий-стоматолог Кыргызстандын практикалык мурасы. Бишкек, 2001. -120с. (Ш7)Щепин в. О., Пояркова Е. С. Росиянын

саламаттык сактоонун мамлекеттик системасын структуралык-функциялык өзгөртүп түзүү //саламаттык сактоо экономикасы. – 2008. - №8. -14-17-бб. (+Ш16) Юсупов С. Х., Зуфаров Өзбекстандагы стоматологияны кайра куруунун негизги багыттары жана жолдору. // Стоматологиялык. – 2000. - №1. -8-11-бб. (Ю (.3)

71. Юлдашев и.м. Кыргыз Республикасында Коомдук саламаттык сактоо системасын калыптандыруу контекстинде айыл аймактарынын тургундарына стоматологиялык жардамды оптималдаштыруунун парадигмалары.: Ажырашуу. ... доктор бал. илимдер. Бишкек, 2007. – 257с. (14.00.21, 14.00.33) (Ю5)

Яицкий Н. А., Игнатов Ю.Д., Петрищев н. н. Спбмуда медициналык билим берүүнү реформалоонун негизги багыттары. Аккад. Асаналиев Кеңешбек. /ННГ-АКШ: медицинада кадрларды пландаштыруу кылымдын башы. Медицина, 2002. - 56-58-бб.

Алдын алуу В кылымда. // Стоматологиялык. – 2003. - №3. -Б.5-7.

72. Янченко С. В. Стоматологиядагы экономикалык маселелерди чечүүдө оперативдүү анализди колдонуу. // Стоматология институту. – 1999. - №1. - 9-11-бб.

73. Янченко С.В., Мчелидзе т. ш. Стоматологиядагы баа. // Стоматология институту. – 1999. - №1. - 11-12-бб.

74. Abel-Smith B., Falkingham J. Financial Health Services in Kyrgyzstan: the extent of private payments. – London. – 1994. – 67p. (*a1)

75. Aleshina N., Redmond G. How high is Infant Mortality in Central and Eastern Europe and the CIS? Innocenti Working Paper №99. Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2003. – 38p. (*a2)

76. American Association of Public Health Dentistry; American Board of Dental Public Health. Dental Public Health: the past, present, and future. //J Am Dent Assoc. – 1988. - №117. – P.171-176. (*a3)

77. Asa R. The business in Dentistry. Financial experts look at the future of dental Industry. //CDS Review. – 1997. – Vol. 90. - №4. – P.5-20. (*a4)
78. At a glance: Kyrgyzstan. United Nations Children Fund, 2004. Washington, DC, 2004. – 312p. (*a5)
79. Atun R. What are advantages and disadvantages of restructuring a health system to be more focused on primary care services? //WHO health evidence Network. – January 2004. – 57p. (*a6)
80. Baca P., Junco P., Bravo M., Baca A. P., Munoz M. J. Caries incidence in permanent first molars after discontinuation of a school-based chlorhexidine-thymol varnish program. // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol.31. - №3. – P.179-184. (*b1)
81. Badner V. M.Enshuring the Oral Health of Patients with HIV. //JADA. – 2005. – Vol.136. - №10. – P.1415-1418. (*b2)
82. Barnard J. T. The equitable distribution of the scarce resources of medical aid schemes: viewpoint of the dental profession. //J. Dental Assoc. South Africa. – 1997. – Vol. 52. - №11. – P. 652-655. (*b3)
83. Cahill K., Langwell K. Health sector Reform in Emerging Market Countries: Similar problems, Different Paths. Vancouver: Intl. Health Economics Association. - 1996. – 19p. (*c1)
84. Carinfonet. Health of population and health care in the Central Asian republics. Statistical data from countries participating in the CARINFONET project. Bishkek WHO Information Centre on Health for the Central Asian Republics. – 2000. – 84p. (*c2)
85. Corbin SB, Mecklenburg RE. Report on the future of dental public health. //J Public Health Dent. – 1994. - №.54. – P.80-91. (*c7)
86. Corbin SB, Mecklenburg RE. Report on the future of dental public health. //J Public Health Dent. – 1994. - №.54. – P.80-91. (*c8)

87. Coulam et al. Medicare is Prospective Payment System: A critical Appraisal. Health care financing Review 1991 Annual Supplement. – 1992. - p.45 – 77. (*c9)
88. Crichton A., Robertson A., Gordon C., Farrant W. Health Care: A Community Concern? – University of Calgary Press. – 1999. – 155p. (*c10)
89. Culyer A., Maynard A., Posnett J. Competition in health care. Reforming the NHS. Macmillan Press. – 1992. - 256p. (*c11)
90. Chilcutt A.S. Exploring leadership and team communication within the organizational environment of a dental practice //JADA. – 2009. – N10. – 1252-1258. (*c12)
91. Dabiase C. B. Dental Health Education: Theory and Practice. – London: Lea & Febiger. – 1991. – 245p. (*d1)
92. Edwards N., McKee M. The future role of the hospital //Journal of Health Services Research & Policy. – 2002. - №7. – P.1-2. (*E5 из Б15)
93. Falkingham J. Health, health seeking behavior and out of pocket expenditures in Kyrgyzstan 2001: the final report to Ministry of Health of Kyrgyzstan and the Health and Population Division, Central Asia, United Kingdom Department for International Development. – Bishkek. – 28p. (*F1)
94. Falkingham J. Inequality and poverty in the CIS. Lucerne Conference of the CIS – 7 Initiative. – Lucerne. – 2003. – 87p. (*F2)
95. Falkingham J. Welfare in transition: trends in poverty and well- being in Central Asia. CASE Paper №20, Centre for analysis of Social Exclusion. – London: School of Economics. – 1999. – 47p. (*F3)
96. Galagan DJ, Law FE, Waterman GE, Spitz GS. Dental health status of children 5 years after completing school care programs. //Public Health rep. – 1964. - №79. – P.445-454. (*g2)
97. Gilson V., et al. The Potential of Health Sector Non-Governmental Organizations: Policy Options. //Health policy and Planning. – 1994. – Vol.9. - №1. – P.14-24. (*g6)

98. Glueckauf R. L., Frank R. G., Bond G. R., McGrew J. H., O'Keeffe J. Psychological Practice in a Changing Health Care System: Issues and New Directions. – Springer. – 1996. – 77p. (*g11)
99. Goodman H. S., Manski M.C., Williams J. N., Manski R. J. An analysis of preventive dental visits by provider type. //JADA. – 2005. – Vol. 136. - №2. – P.221-228. (*g12)
100. Graham M. A., Tomar S. L., Logan H. L. Perceived Social Status, Language and Identified Dental Home Among Hispanics in Florida. //JADA. - 2005. – Vol. 136. - №11. – P.1572-1582. (*g13)
101. Green A. An introduction to Health Planning in Developing Countries. – Oxford University Press. – 1992. – 256p. (*g14)
102. Guay A. H. Dental Practice: Prices, Production and Profits. //JADA. – 2005. – Vol. 136. - №3. – P.357-362. (*g15)
103. Hammer J., Berman P. Ends and means in public health policy in developing countries.// Health policy. - 1995. - Vol.32. - P.29-45. (*H2)
104. Health care systems in transition. Kyrgyzstan. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000. – 30p. (*H5)
105. Heft M. W., Gilbert G. H., Shelton B. J., Duncan R. P. Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol.31. - №5. – P.351-361. (*H6)
106. Heidecke G., Locker D., Awad M. A., Lund J. P., Oral and general health-related quality of life with conventional and implant dentures. // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol.31. - №3. – P.161-169. (*H7)
107. Heirich M. Rethinking Health Care: Innovations and Change in America. Westview Press. – 1998. – 267p. (H8)
108. Henriksen B. M., Axell T., Laake K. Geographic differences in tooth loss and denture-wearing among the elderly in Norway. //Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol.31. - №6. – P.403-412. (*H9)

109. Highlights on Health in the United Kingdom /Epidemiology, Statistics and Health Information Unit. – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002. – 44p. (*H10)

110. Hughes R. J., Damiano P. C., Kanellis M. J., Kuthy R., Slayton R. Dentists' participation and children's use of services in the Indiana dental Medicaid program and SCHIP: Accessing the Impact of Increased Fees and Administrative Changes. //JADA. – 2005. – Vol.136. - №4. – P.517-524. (*H11)

111. Human development report 2004. Cultural liberty in today's diverse world. New York, NYUNDP, 2004. – 101p. (*H12)

112. Hurst J. Reforming Health Care in seven European Nations. //Health Affairs. – 1991. – Vol. 9. – P.7-21. (*h17)

113. Hyman J. J., Reid B. C., Mongeau S. W., York A. K. The Military Oral Health Care System as a Model for Eliminating Disparities in Oral Health. – JADA. – 2006. – Vol. 137. - №3. – P.372-379. (*H13)

114. Healy J., McKee M. Implementing hospital reform in central and eastern Europe /Health policy. – 2002. - №61. – P.1-19 (*H14 и3 Б15)

115. Harold S. L. Alternative Delivery Systems: Applicability of the United States Experience with Health maintenance Organizations to other countries. International Working Paper. New York: John Wiley and Sons, 1997. – 305p. (*H15 и3 Т11)

116. Helio S. Sader, Thomas R. Fritsche, Jones R. N. Accuracy of Three Automated Systems (MicroScan WalkAway, VITEK, and VITEK 2) for Susceptibility Testing of Pseudomonas aeruginosa against Five Broad-Spectrum Beta-Lactam Agents. //Clin Microbiol. - 2006. – Vol. 44 . - №3. – P.1101-1104. (*h16)

117. Implementation of health care reforms in Kyrgyzstan. July1996 – April 1997. – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. – 1997. – 98p. (*i1)

118. Inge R. The Ins and Outs of dental Insurance. //JADA. – 2005. – Vol. 136. - №2. – P.204-210. (*i3)

119. Institute of Medicine. The future of public health. Washington DC: National Academy Press, 1988. – 341p. (*i4)
120. Ivankovic A., Lukic I. K., Ivankovic Z., Radic A., Vukic I., Simic A. Dental caries in postwar Bosnia and Herzegovina. // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol.31. - №2. – P.100-105. (*i5)
121. Jacob M., Kutzin J., Chakraborty S., O'Dougherty S., Temirov A., Manjjeva E. Evaluating the Manas Health Sector Reform (1996-2005): Focus on Health Financing //Manas Health Policy Analysis Project Policy Research Paper. – June 2005. - №31. – 121p. (*j1)
122. Jokovic A., Locker D., Stephens M., Guyatt G. Agreement between mothers and children aged 11-14 years in rating child oral health-related quality of life. // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol.31. - №5. – P.335-344. (*j2)
123. Karikoski A., Ilanne-Parikka P., Murtomaa H. Oral health promotion among adults with diabetes in Finland. // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol.31. - №6. – P.447-454. (*K1)
124. Knight G. M. Marketing Dental Services. //Dental Practice. – 1996. - Vol.34. - №10. - P. 1-2. (*K2)
125. Kobayashi M., Chi D., Coldwell S. E., Domoto P., Milgrom P. The Effectiveness and Estimated Costs of the Access to Baby and Child Dentistry Program in Washington State. //JADA. – 2005. – Vol.136. - №9. – P.1257-1265. (*K3)
126. Kutzin J. Note on MOH plans for co-payment levels for 2002. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Research Paper No. 15. – Bishkek: World Health Organization, Ministry of Health. – 2002. – 21p. (*K7)
127. Kutzin J. Experience of financing reform in health sector. – Geneva: WHO. – 1995. - 45p. (*K8)

128. Kutzin J. Note on patient awareness of co-payment levels. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Research Paper No. 15. – Bishkek: World Health Organization, Ministry of Health. – 2002. – 27p. (*K10)
129. Kutzin J., Meimanaliev T., Ibraimova A., Cashin C., Dougherty S. Formalizing Informal Payments in Kyrgyz Hospitals from Phased Implementation of Financing reforms. – Paper for IHEA Conference, 2003. – 19p. (*K11)
130. Kyrgyz Republic Public Expenditure Review: Fiscal Politics for Growth and Poverty Reduction. Washington, DC, World Bank, 2004. – 157p. (*K12)
131. Kyrgyz Republic: Joint IDA-IMF staff assessment of the National Poverty Strategy Paper. Washington, DC, World Bank, Central Asia Country Unit, 2003. – 73p. (K*13)
132. Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol.31. - №2. – P.144-152. (*13)
133. Lotzkar SJ, Johnson DW, Thompson MB. Experimental program in expanded functions for the dental assistants. Phase 3: Experiment with dental teams. //J Am Dent Assoc. – 1971. - №82. – P.1067-1081. (*14)
134. Luneva N.A., Maslak E.E., Afonina I.V., et al. The Effect of a Milk Fluoridation Project in Children in Volgograd / //J. Caries Research. – 2004. – V. 38, N 4. – P.72. (*15 и 26)
135. Luneva N.A., Kamennova T.N., Maslak E.E., Afonina I.V. Risk factors of caries and enamel fluorosis in children in Volgograd //J. Caries Research. – 2004. – V. 38, N 4. – P. 77. (*16 и 26)
136. Macek M. D., Wagner M. L., Goodman H. S., Manz M. C., Marazzo I. D. Dental visits and access to dental care among Maryland schoolchildren. //JADA. – 2005. – Vol. 136. - №4. – P. 524-533. (m1)
137. MacKeown J. M., Cleaton-Jones P. E., Fatti P. Caries and micronutrient intake among urban South African children: a cohort study. // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol.31. - №3. – P.213-221. (m2)

138. Madden I. M., Newman H., Hall C., Bradig M. G., Ketkar V., Bidenger P. D. Sustained oral health improvement and use of tooth-brushers and dentifrice by previous users of traditional materials in a rural population in Andhra Pradesh, India. //Intl. Dental J. – 2004. – Vol.5. – Suppl.1. – P315-321. (m3)
139. Mazo J. F., Rappaport A. M., Schiber S. J. Providing Health Care Benefits in Retirement. – University of Pennsylvania Press. – 1994. – 45p. (m9)
140. Mc Kee M., Healy J., Falkingham J. Health Care in Central Asia. Buckingham, Open University Press. – 2002. – 67p. (m10)
141. Meimanaliev A-S, Ibraimova A. S., Elebesov B., Rechel B. Health Care Systems in Transition: Kyrgyzstan. – Copenhagen, WHO Regional office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Politics, 2005. – 116p. (m12)
142. Meyer J., Marthaler T. M., Burgi H. The change from water to salt as a main vehicle for community wide fluoride exposure in Basle, Switzerland. //Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol.31. - №6. – P.401-402. (m13)
143. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. Funding Health Care: Options for Europe. – Buckingham: Open University Press. – 2002. – 309p. (m17)
144. Murray C. Towards and analytical approach to health sector reform. // Health policy. – 1995. – Vol.32. - P.13-28. (m18)
145. Murray J. J. The Prevention of Oral Disease. 3rd Ed. – New York: Oxford University Press. – 1996. – 599p. (m19)
146. McKee M., Healy J. Hospitals in a changing Europe. – Buckingham: Open University Press, 2002. – 78p. (*m20 из +Б15)
147. Maslak E. E., Luneva N.A., Derevyanchenko S.P. What has changed in women's habits connected with caries: past and present //J. Caries Research. – 2003. – V. 37, N 4. – P. 92. (*m24 из Л26)
148. Nathe C. Dental Public Health. 2-nd Ed. - Prentice Hall: Upper Saddle River. – 2005. – 497p. (*n1)

149. Navazzo V. The West German Health Care System: a Critique. //Intl. J. Health Services. – 1991. – Vol.21. - №3. – P.565-571. (*n2)
150. Navazzo V. Why some countries have national health services and the US has neither? //Social Sciences Medicine. – 1989. – Vol.28. - №9. – P.887-898. (*n3)
151. Newbrun E. Cariology.3rd Ed. – Chicago: Quintessence. – 1989. – 601p. (*n4)
152. Newton J. T., Corrigan M., Gibbons D. E., Locker D. The self assessed oral health status in individuals from White, Indian, Chinese and Black Caribbean communities in South-East England. // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol.31. - №3. – P.179-184. (*n5)
153. Osterberg T., Lundgren M., Emilson S. G., Sundh V., Birkheld D., Steen B. Utilization of Dental Services in relation to socioeconomic and health factors in the middle-aged and elder Swedish population. //Acta Odontologica Scandinavica. – 1998. – Vol.56. - №1. – P.7-41.
154. Pack A. B., Bradley S. D., Kennedy D. T. Hygienists and operating auxiliaries: the options of the New Zealand dental practitioners. //Dent. J. – 1991. – Vol. 7. - №38. – P.87-92. (*p1)
155. Parsons T. Definitions of health and illness in light of American values and social structures. In: Jaco EG, ed.: Patients, physicians, and illness. Glencoe, IL: Free Press, 1998, pp 165-87. (*p 2)
156. Patel K. Health Care Politics and Policy in America. – M. E. Sharpe. – 1995. – 211p. (*p 3)
157. Pelton WJ, McNeal DR, Goggins JK. Student dental health program of the University of Alabama in Birmingham: VI. Chair time expended for the delivery of services. //Alabama Med Sci. – 1971. - №8. - P373-377. (*p 4)
158. Pihlstrom B. L., Tabak L. The National Institute of dental and Craniofacial Research: Research for the Practicing Dentists. //JADA. – 2005. – Vol.136. - №6. – P.728-738. (*p 10)

159. Pino A., Moser M. Status of oral health in long-term care facilities. //Intl. J. Dental Hygiene. – 2003. - Vol.1. - №3. – P.169-173. (*p 11)
160. Policy issues in providing outpatient special care. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Research Paper No. 15. – Bishkek: World Health Organization, Ministry of Health. – 2004. – 31p. (*p 12)
161. Practicing Dentistry in the United Kingdom. – London: BDA. – 2001. – 23p. (P1) (*p 13)
162. Perez F., Hujer A.M., Hujer K.M., Decker B.K, Rather Ph. N., Bonomo R. A Global Challenge of Multidrug-Resistant *Acinetobacter baumannii*. //Antimicrobial Agents and Chemotherapy. - 2007. Vol.51. – P.3471-3484. (*p15)
163. Putaiiah R., Shulman J.D., Youngblood D., Bedi R., Tse E., Shetty S., Almas K., Kim B-O., Du M. Q. Sample infection control needs assessment survey data from eight countries //Intl. Dental J. – 2009. – Vol. 59, N5. – P. 271-276 (*p16)
164. Putaiiah R., Bedi R., Almas K. Survey of infectious control practices among general dental practitioners // J. Pakistan Dental Assoc. – 2001. – N10. – P.71-76 (*p17)
165. Qutub A.F., Al-Jewair T.S., Leake J.L. A comparative study of the health care systems of Canada and Saudi Arabia: lessons and insights //Intl. Dental J. – 2009. – Vol. 59, N5. – P.277-288 (*q1)
166. Ramos-Gomez F., Cruz G. D., Watson M. R., Canto M. T., Boneta A. E. Latino Oral Health: A Research Agenda Toward Eliminating Oral Health Disparities. //JADA. – 2005. – Vol.136. - №9. – P.1231-1242. (*r1)
167. Recent policies and performance of the Low-Income CIS Countries. An update of CIS- 7 Initiative. – Washington, DC. – 2004. – 63p. (*r2)
168. Rechel B., Shapo L., Mc Kee M. Millennium Development Goals for Health in Europe and Central Asia. Relevance and Policy implications. World Bank working paper No 33. – Washington, DC, World Bank. – 2004. – 178p. (*r3)

169. Robinson R. User charges in health care. Funding Health Care: Options for Europe //Open University Press. – Buckingham, 2002. – P. 161-184. (*r8)
170. Rogers D. E., Ginzberg E. The Metropolitan Academic Medical Center: Its Role in an Era of tight Money and Changing Expectations. – Westview Press. – 1995. – 87p. (*r9)
171. Roland M. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care. – A Major Experiment in the United Kingdom // New England Journal of Medicine. – 2004. – N9. – P. 23-26. (*r10)
172. Saltman R. B., Akanov A. Decentralization: the case of Kazakhstan. – Geneva: World Health Organization. – 27p. (*s1)
173. Sargaldakova A et. Al. Health care Systems in transition: Kyrgyzstan. – Copenhagen: European Observatory on Health Care systems, 2000. – 215p. (*s2)
174. Schuth T. Peoples Perspectives on the Co-payment policy: rapid appraisal study in the pilot area of Chui and Issyk-Kul oblasts. MANAS Health Policy Analysis Project. Policy Research Paper No. 8. Bishkek, World Health Organization and MANAS Health Policy Analysis Project, Ministry of Health, Kyrgyz Republic. – 2001. – P.32-34. (*s3)
175. Scutchfield D., Keck C. Principles of Public Health Practice. 2-nd ed. – Clifton Park, NY: Delmar. – 2003. – 717p. (*s4)
176. Seok Mo Heo, Kim K. J., Kawamura M., Komabayashi T. Comparison of the Dental Education systems in Korea and Japan. //Intl. Dental J. – 2004. - №2. – P. 70-72. (*s5)
177. Stahlacke K., Soderfeldt B., Unell L., Halling A., Axtelius B. Perceived oral health: changes over 5 years in one Swedish age-cohort. . // Community Dentistry and Oral Epidemiology. – 2003. – Vol.31. - №4. – P.292-300. (*s11)
178. Talekar B. S., Rosier g., Slade G. D., Ennett S. T. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. //JADA. – 2005. – Vol. 136. - №3. – p.364-372. (*T3)

179. Tecavec C. How carries determine fees? //Dental Economics. – 1997. – Vol.87. – №5. - P.20. (*T4)
180. Truman J. et al. Reviews of evidence on interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports- related craniofacial injuries. //Am. J. Preventive Medicine. – 2002. – Vol.23. - №1. – P.21-54. (*T6)
181. Tuohy C. J. Accidental Logics: The dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada. – Oxford University Press. – 1999. – 91p. (*T8)
182. Termine N., Panzarella V., Ciavarella D., Lo Muzio L., D’Angelo M., Sardella A., Compilato D., Campisi G. Antibiotic prophylaxis in dentistry and oral surgery: use and misuse. //Intl. Dental J. – 2009. – Vol. 59, N5. – P.263-271 (*T9)
183. Walt G., Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. //Health Policy and Planning. – 1994. – Vol.9. - №4. – P. 363-370. (W3)
184. Waterman GE. The Richmond-Woonsocket studies on dental care services for school children. //J Am Dent Assoc. – 1956. - №52. – P.676-684. (W4)
185. Whitehead V. The concepts and principles of equity and health. – Copenhagen: WHO Regional office for Europe. – 1990. – 414p. (W5)
186. Winslow CEA. The untilled fields of public health: Modern Med, 1920. - №2. - P.183-191. (W6)
187. Witter S., Ensor T. An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the former Soviet Union. – University of York: Center for Health Economics. – 1997. – 181p. (W7)
188. World Development Indicators. Washington, DC, World Bank, 2003. – 116p. (W8)
189. World development report. Investing in health. World Bank. Oxford University press. – 1993. - 320p. (W9)

190. World Health Organization and MANAS Health Care Reform Program of Kyrgyzstan: Health Care Policies and Systems Program. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. – 1997. – 48p. (W10)
191. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO, 1946. P.3. (W11)
192. World Health Organization. Oral Health surveys; basic methods. 4th ed. Geneva: WHO, 1997. – 329p. (W12)
193. Zubzov V.A. , Petrovich Yu.A. et al. Effect of Cariogenic Diet on Components of Rats Saliva // 16th International Conference on Oral Biology. – 2000. – P. 27. (+Z1 иЗ 310)

«БЕКИТИЛДИ»
Ош облустар аралык
стоматологиялык борборунун
директору М. А. Сыдыков

19.05.2022-ж.

Илимий изилдөөлөрдүн натыйжалары, илимий иштин натыйжаларын
киргизүү актысы.

1. Ишке ашыруунун автору Омурбеков Эсенбек Омурбекович

2. Илимий-изилдөө иштеринин илимий ишмердүүлүктүн жыйынтыктарынын аталышы: Ош облусунун материалдары боюнча тиштенүү патологиясын дарт аныктоо жана дарылоо (мезиалдык окклюзия) жыштыгы, өзгөчөлүктөрү.

3. Кыскача аннотация: бул иштин максаты - ортодонтиялык аппаратты модификациялоо - прикустун бузулуусун, тактап айтканда мезиалдык окклюзияны аныктоо жана дарылоосун заманбап дарт аныктоо усулдарын жана ортодонтиялык модификацияланган дарылоонун комплекси жардамында - каппаны колдонуу аркылуу тиш катарын кеңейтүү.

4. Ишке ашыруудан алынуучу натыйжа: биз иштеп чыккан пайдалуу моделдин натыйжалуулугу далилденди, эки тараптуу бурамалар менен жабдылган “каппаны” колдонуу менен тиш катарын кеңейтүү - жаактардын окклюзиялык катыштарын, тиштердин позициялык абалын нормалдаштыратууга өбөлгө түзөт.

5. Өткөрүлгөн жери жана убактысы: ОшМУнун медициналык клиникасы, Ош шаары. 19.05.2022 г.

6. Ишке ашыруунун формасы: Каппа конструкциясын колдонуу менен Телерентгенографиянын (ТРГ) жардамы аркылуу ортодонтиялык коррекция учурунда мезиалдык окклюзиясы бар бейтаптарды комплекстүү дарылоо.

Иштеп чыгуу ишке ашырылган уюмдун өкүлү:

Ош облустар аралык стоматологиялык
борборунун директорунун орун басары
М. А. Сейдалиев

Иштеп чыгуу уюмдун өкүлү:

ОшМУнун медицина факультетинин деканы
м.и.д., профессор Т. И. Ыдырысов



«БЕКИТИЛДИ»
Ош облустар аралык
стоматологиялык борборунун
директору М. А. Сыдыков

15.02.2022-ж.

Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин натыйжаларын киргизүү актысы.

1. **Ишке ашыруунун автору** Омурбеков Эсенбек Омурбекович
2. **Илимий-изилдөө, илимий иштин жыйынтыктарынын аталышы:** Ош облусунун материалдары боюнча тиштенүү патологиясын дарт аныктоо жана дарылоо (мезиалдык окклюзия) жыштыгы, өзгөчөлүктөрү.
3. **Кыскача аннотация:** бул иштин максаты - ортодонтиялык аппаратты модификациялоо, прикустун бузулуусун, тактап айтканда мезиалдык окклюзияны аныктоо жана дарылоосун заманбап дарт аныктоо усулдарын жана ортодонтиялык модификацияланган дарылоонун комплекси жардамында - каппаны колдонуу аркылуу тиш катарын кеңейтүү.
4. **Ишке ашыруудан алынуучу натыйжа:** телерентгенография (ТРГ) ыкмасын колдонуунун натыйжалуулугу далилденген бул ортодонтиялык дарылоодо бейтаптардын тиштенүү патологиясын нормалдаштыруу убактысын оптималдаштырууга өбөлгө түзөт.
5. **Өткөрүлгөн жери жана убактысы:** ОшМУнун медициналык клиникасы, Ош шаары. 15.02.2022 ж.
6. **Ишке ашыруунун формасы:** ортодонтиялык коррекцияда мезиалдык окклюзия менен ооруган бейтаптарды комплекстүү текшерүү.

Иштеп чыгуу ишке ашырылган уюмдун өкүлү:

Ош облустар аралык стоматологиялык
борборунун директорунун орун басары
М. А. Сейдалиев

Иштеп чыгуу уюмдун өкүлү:

ОшМУнун медицина факультетинин деканы
м.и.д., профессор Т. И. Ыдырысов



15.02.2022-ж.





«БЕКИТИЛДИ»

ОшМУнун ректору
К. Г. Кожобеков

30.12.2024-ж.

Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин натыйжаларын киргизүү актысы

1. **Ишке ашыруунун автору** Омурбеков Эсенбек Омурбекович
2. **Илимий-изилдөө иштеринин илимий ишмердүүлүктүн жыйынтыктарынын аталышы:** Ош облусунун материалдары боюнча тиштенүү патологиясын дарт аныктоо жана дарылоо (мезиалдык окклюзия) жыштыгы, өзгөчөлүктөрү.
3. **Кыскача аннотация:** бул иштин максаты - ортодонтиялык аппаратты модификациялоо - прикустун бузулуусун, тактап айтканда мезиалдык окклюзияны аныктоо жана дарылоосун заманбап дарт аныктоо усулдарын жана ортодонтиялык модификацияланган дарылоонун комплекси жардамында - каппаны колдонуу аркылуу тиш катарын кеңейтүү.
4. **Ишке ашыруудан алынуучу натыйжа:** телерентгенография ыкмасын колдонуунун натыйжалуулугу далилденген бул ортодонтиялык дарылоодо бейтаптардын тиштенүү патологиясын нормалдаштыруу убактысын оптималдаштырууга өбөлгө түзөт.
5. **Өткөрүлгөн жери жана убактысы:** ОшМУнун медициналык клиникасы, Ош шаары, 30.12.2024-ж.
6. **Ишке ашыруунун формасы:** ортодонтиялык коррекцияда мезиалдык окклюзия менен ооруган бейтаптарды комплекстүү текшерүү.

Иштеп чыгуу ишке ашырылган уюмдун өкүлү:

ОшМУнун медициналык клиникасынын
директору Иметова Ж.Б.

Иштеп чыгуу уюмдун өкүлү:

ОшМУнун медицина факультетинин деканы
м.и.д., профессор Т. И. Ыдырысов



30.12.2024-ж





«БЕКИТИЛДИ»
ОшМУнун ректору
К. Г. Кожобеков

30.12.2024-ж.

Илимий-изилдөө, илимий-техникалык иштердин натыйжаларын, (же) илимий жана (же) илимий-техникалык иштин натыйжаларын киргизүү актысы

1. **Ишке ашыруунун автору** Омурбеков Эсенбек Омурбекович
2. **Илимий-изилдөө иштеринин илимий ишмердүүлүктүн жыйынтыктарынын аталышы:** Ош облусунун материалдары боюнча тиштенүү патологиясын дарт аныктоо жана дарылоо (мезиалдык окклюзия) жыштыгы, өзгөчөлүктөрү.
3. **Кыскача аннотация:** бул иштин максаты - ортодонтиялык аппаратты модификациялоо, прикустун бузулуусун, тактап айтканда мезиалдык окклюзияны аныктоо жана дарылоосун заманбап дарт аныктоо усулдарын жана ортодонтиялык модификацияланган дарылоонун комплекси жардамында - каппаны колдонуу аркылуу тиш катарын кеңейтүү.
4. **Ишке ашыруудан алынуучу натыйжа:** биз иштеп чыккан пайдалуу моделдин натыйжалуулугу далилденди, эки тараптуу бурамалар менен жабдылган “каппаны” колдонуу менен тиш катарын кеңейтүү - жаактардын окклюзиялык катыштарын, тиштердин позициялык абалын нормалдаштыратырууга өбөлгө түзөт.
5. **Өткөрүлгөн жери жана убактысы:** ОшМУнун медициналык клиникасы, 30.12.2024-ж. Ош шаары.
6. **Ишке ашыруунун формасы:** каппа конструкциясын колдонуу менен телерентгенографиянын (ТРГ) жардамы аркылуу ортодонтиялык коррекция учурунда мезиалдык окклюзиясы бар бейтаптарды комплекстүү дарылоо.

Иштеп чыгуу ишке ашырылган уюмдун өкүлү:

ОшМУнун медициналык клиникасынын
директору Ж. Б. Иметова

Иштеп чыгуу уюмдун өкүлү:

ОшМУнун медицина факультетинин деканы
м.и.д., профессор Т. И. Ыдырысов



30.12.2024-ж.

