

«Stomatologiya» - илмий-амалий журнал
1998 йилда асос солинган
Ўзбекистон матбуот ва ахборот
агентлиги томонидан 15 август 2007
йилда қайта рўйхатга олинган.
Гувоҳнома № 0289.

STOMATOLOGIYA
№ 1, 2026 (102)

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ЖУРНАЛ

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар
Маҳкамаси ҳузуридаги Олий
аттестация комиссияси (ОАК)
қарорига асосан «Stomatologiya»
журнали Фан доктори илмий
даражасига талабгорларнинг
диссертация ишлари илмий
натижалари юзасидан илмий
мақолалар эълон қилиниши
лозим бўлган республика илмий
журналлари рўйхатига
киритилган (ОАК Раёсатининг
2013 йил 30 декабрдаги 201/3-сон
қарори билан тасдиқланган)

ТАХРИРИЯТ МАНЗИЛГОҲИ:

100048, Ўзбекистон Республикаси,
Тошкент ш., Махтумқули кўчаси, 103
тел.: +99871-236-26-75;
факс: +99871-230-47-58
Интернетдаги манзилгоҳи:
stomjurnal.tibbiyot.com.

Дизайнер ва компьютерда терувчи:

Е.Алексеев

Мухаррир О.А.Козлова

Баҳоси келишилган нарҳда.

Рекламани чоп қилиш ҳақ тўлаш йўли
билан амалга оширилади.

Реклама матнининг тўғрилиги бўйича
жавобгарлик реклама берувчи
зиммасидадир.

Кўлёмалар, суратлар ва расмлар
тақриз қилинмайди ҳамда эгасига
қайтарилмайди.

Келтирувчи фактларнинг тўғрилиги,
рақамли материалларнинг аниқлиги,
препаратларнинг номлари, атамалар,
илмий-адабий манбалар, исм ва
фамилияларнинг тўғрилиги учун
жавобгарлик муаллифларнинг ҳамда
тахририят ҳайъатининг
зиммасидадир.

Бош муҳаррир: т.ф.д., проф. Нигматов Р.Н.
Бош муҳаррир муовуни: т.ф.д., проф. Акбаров А.Н.
Масъул котиб: т.ф.н., доц. Рахматуллаева Д.У.

ТАХРИРИЯТ ХАЙЪАТИ

Ando Masatoshi – АҚШ
Baek il Kim – Жанубий Корея
Daisuke Inaba – Япония
Elbert de Josselin de long – Голландия
Jin Young Choi – Жанубий Корея
Peter Botenberg – Бельгия
Абдуллаев Ш.Ю., т.ф.д., проф.
Азимов М.И., т.ф.д., проф.
Алиева Р.К. (Озарбайжон), т.ф.д., проф.
Амануллаев Р.А., т.ф.д., проф.
Бекжанова О.Е., т.ф.д., проф.
Боймуродов Ш.А., т.ф.д., проф.
Ғуломов С.С., т.ф.д., проф.
Ғаффоров С.А., т.ф.д., проф.
Даминова Ш.Б., т.ф.д., проф.
Жуматов У.Ж., т.ф.д., проф.
Ирсалиев Х.И., т.ф.д., проф.
Колбаев А.А. (Кирғизистон), т.ф.д., проф.
Комилов Х.П., т.ф.д., проф.
Маргвелашвили В.В. (Грузия) т.ф.д., проф.
Нигматова И.М., т.ф.н., доцент
Ризаев Ж.О., т.ф.д., проф.
Рузудинов С.Р. (Қозоғистон), т.ф.д., проф.
Тоиров У.Т. (Тожикистон), т.ф.д., проф.
Хабилов Н.Л., т.ф.д., проф.
Хасанов А.И., т.ф.д., доц.
Юлдошев И.М. (Кирғизистон), т.ф.д., проф.

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ

Абдукодиров А.А. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Исмоилов М.М. (Фарғона)
Кисельникова Л.П. (Россия), т.ф.д., проф.
Курбонов Ф.Р. (Хоразм)
Тулаганов Б.О. (Тошкент вилояти)
Усмонов Ф.К. (Тошкент), т.ф.н., доц.
Узакберганаева У.А. (Нукус)
Хасанова Л.Э. (Тошкент), т.ф.д.
Худанов Б.О. (Тошкент), т.ф.д.
Шукурова У.А. (Тошкент), т.ф.д.
Юлдошев А.А. (Тошкент), т.ф.д.

сунъий интеллект асосида танлаш

Нигматова И.М., Юсупалиева К.Б. Комплексная оценка морфофункционального состояния височно-нижнечелюстного сустава у пациентов с зубочелюстными аномалиями при ортодонтическом лечении.

Акбаров К.С., Нигматов Р.Н., Муртазаев С.С. Болаларда кесишган тишловинг ташхислаш ва даволаш усулини такомиллаштириш

Якубова Ф.Х. Функциональное состояние жевательных мышц у больных с вторичными деформациями зубных рядов

Расулова Ш.Р., Абдурахманова З.М. Сравнительный анализ подходов лечения пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава. (на примере клинических случаев)

Эронов Ё.Қ., Сапаев М.Д. Болаларда рухий эмоционал ҳолати ва ёшини ҳисобга олиб тиж - жағ тизими аномалия ва деформацияларини ташхисоти

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Разикова Д.К. Параметры гуморального и цитокинового иммунитета в слюне у детей с рецидивирующим герпетическим стоматитом и его сочетанием с аллергическими заболеваниями

Муслимова Д.М., Ризаева С.М. Клиническое обоснование применения индивидуальных 3D-печатных коронок на молочных зубах

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Ахмедова С.Б., Нигматова И.М. Прогнозирование конструктивного прикуса при лечении дистальной окклюзии

Сайдалиев М.Н., Муртазаев С.С., Мирсалихова Н.Х. Факторы заболеваемости кариесом и некариозными поражениями твердых тканей зубов у детей с целиакией

Хайдаров А.М., Рахимов А.Р., Махмудова З.Т. Методы профилактики послеоперационных осложнений после дентальной имплантации

Бахриев У.Т., Абдукадиров А.А., Жуматов У.Ж., Мухамедиева Ф.Ш. Диагностика и хирургическое лечение дефектов и деформации верхней челюсти

Нормирзаев Ш.Н., Ризаева С.М., Муслимова Д.М., Рузиев Ш.А. Влияние подготовки костной и мягкой ткани на долгосрочную эстетическую стабильность дентальных имплантов

Akbarov A.N., Usmonxojayeva D.R., Soxobataliyeva M.N. COVID-19 infeksiyasini boshdan kechirgan 2-toifa qandli diabet bilan ogʻrigan bemorlarga stomatologik yordam koʻrsatishning oʻziga xos xususiyatlari.

intelligence

Nigmatova I.M., Yusupalieva K.B. A comprehensive assessment of the morphofunctional state of the temporomandibular joint in patients with dentofacial anomalies undergoing orthodontic treatment

Akbarov K.S., Nigmatov R.N., Murtazaev S.S. Improving methods of diagnosis and treatment of crossbite in children

Yakubova F.X. Funktsional condition of chewing muscles at patients with secondary deformations of dental lines study.

Rasulova Sh.R., Abdurakhmanova Z.M. Comparative analysis of treatment approaches for patients with temporomandibular joint dysfunction (based on clinical cases)

Yeronov Yu.K., Sapaev M.D. Diagnosis of anomalies and deformities of the maxillary system, taking into account the psychoemotional state and age in children

PEDIATRIC DENTISTRY

Razikova D.K. Parameters of humoral and cytokine immunity in saliva in children with recurrent herpetic stomatitis and its combination with allergic diseases

Muslimova D.M., Rizaeva S.M. Clinical rationale for the use of custom-made 3d-printed crowns on deciduous teeth

REVIEWS

Akhmedova S.B., Nigmatova I.M. Prediction of the construction bite in the treatment of distal occlusion

Saidaliev M.N., Murtazaev S.S., Mirsalikhova N.Kh. Factors involving caries and non-carious lesions of hard tissues of dental tissues in children with celiac disease

Khaydarov A.M., Rakhimov A.R., Makhmudova Z.T. Methods for preventing postoperative complications after dental implantation

Bakhriev U.T., Abdukadirov A.A., Zhumatov U.Zh., Mukhamedieva F.Sh. Diagnosis and surgical treatment of defects and deformities of the maxilla

Normirzaev Sh.N., Rizaeva S.M., Muslimova D.M., Ruziev Sh.A. Influence of bone and soft tissue preparation on the long-term aesthetic stability of dental implants

Akbarov A.N., Usmankhojayeva D.R., Sokhobataliyeva M.N. Specific features of dental care for patients with type 2 diabetes who have experienced COVID-19 infection.

qo'llaniladigan klinik, funksional, rentgenologik hamda raqamli yondashuvlar ko'rib chiqilgan. Konstruktiv prikusni prognozlash usullarini tanlash va ularning samaradorligi bo'yicha mualliflarning turli qarashlari qiyosiy tahlil qilingan. Davolash natijalarining bashorat qilinuvchanligi va barqarorligini oshirish maqsadida kompleks hamda individuallashtirilgan yondashuvning maqsadga muvofiqligi to'g'risida xulosa chiqarilgan.

Kalit so'zlar: distal okklyuziya, konstruktiv prikus, ortodontik davolash, prognozlash.

PREDICTION OF THE CONSTRUCTION BITE IN THE TREATMENT OF DISTAL OCCLUSION

Akhmedova S.B., Nigmatova I.M.

In the research study, a literature review and an analysis of contemporary domestic and international publications from the last ten years are presented, focusing on methods for predicting the construction bite in orthodontic treatment of distal occlusion. Clinical, functional, radiographic, and digital approaches to diagnosis and orthodontic treatment planning are discussed. A comparative analysis of various authors' perspectives on the selection and effectiveness of methods for predicting the construction bite is conducted. The study concludes that a comprehensive and personalized approach is advisable to improve the predictability and stability of treatment outcomes.

Key words: distal occlusion, construction bite, orthodontic treatment, prediction.

УДК: 616.314:616.34-008.314.4-053.2-08

ФАКТОРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРИЕСОМ И НЕКАРИОЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ



Сайдалиев М.Н.¹, Муртазаев С.С.¹, Мирсалихова Н.Х.²

Ташкентский государственный медицинский университет, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Целиакия (Ц) – распространённое аутоиммунное хроническое заболевание, связанное с постоянной непереносимостью полипептидных фрагментов глютена – белка, содержащегося в некоторых злаках, таких как пшеница, рожь и ячмень. Также может быть определено как энтеропатия, чувствительная к глютену. Как показывают некоторые исследования, у детей целиакия вызывает боль и дискомфорт в пищеварительном тракте, хронические запоры и диарею, неспособность развиваться, анемию и усталость [13,22,28,29].

Клинические характеристики синдрома целиакии значительно различаются. Классический тип часто возникает в раннем возрасте, характеризуется нарушениями всасывания в кишечнике, включая хроническую диарею, потерю массы тела, вздутие живота и задержку развития. Неклассический тип характеризуется небольшим количеством или отсутствием желудочно-кишечных симптомов, а также экстракишечными проявлениями, такими как герпетиформный дерматит, железодефицитная анемия, низкий рост, криптогенный гепатит, остеопороз и атаксия. Существует также третий тип: бессимптомный синдром целиакии [30].

Помимо системных проявлений заболевания, при целиакии могут возникать некоторые клинические нарушения полости рта, такие как дефекты зубной эмали, рецидивирующие афтозные язвы и нарушения слюны. Только в одном финском исследовании с участием лиц в возрасте от 3-х до 86 лет описано ощущение сухости во рту у 29 (22,6%) из 128 пациентов с целиакией и у 7 (23%) из 30 человек без Ц, что дало незначительную разницу. Хотя предполагают, что пероральные проявления целиакии могут помочь выявить людей с этим заболеванием, особенно тех из них, у кого имеется бессимптомный тип. В то же время связь между оральными проявлениями и целиакией не доказана. Причины дефекты зубной эмали у пациентов с целиакией до сих пор неизвестны. Гипоплазия эмали может быть вызвана гипокальциемией при наличии синдрома целиакии, генетической чувствительностью или аутоиммунной реакцией в эмалевой части во время одонтогенеза [27].

Патомеханизм Ц состоит в неполном переваривании белков глютена в желудочно-кишечном тракте, что приводит к высвобождению иммуногенных пептидов, пара- и трансклетмарному прохождению этих пептидов через кишечный эпителий, а также к совместному адаптивному и врождённому иммунному ответу на пептиды в пластинке пропри. Патологически целиакия характеризуется повреждением слизистой тонкого кишечника («сплющённая слизистая»), включая атрофию ворсинок, гиперплазию крипты и усиленную инфильтрацию лимфоцитов в эпителий. Диагностическая схема основана на симптомах, характерных для заболевания, тестировании антител к сыворотке и гистологической оценке биопсий двенадцатиперстной кишки. Пожизненное строгое соблюдение безглютеновой диеты – в настоящее время единственное эффективное лечение целиакии, польза которого очевидна для большинства пациентов [21].

Большая распространённость некариозных проявлений у больных Ц, описанная многими авторами, рассматривается как диагностический ключ к атипичным формам целиакии. К проявлениям, тесно связанным с целиакией, относятся дефекты зубной эмали, патологическая стираемость зубов как нарушение минерализации зубных коронок, морфофункциональные дефекты твердых тканей зубов. У 45 пациентов в возрасте от 23 до 36 лет диагноз целиакии был установлен на основании результатов клинико-anamnestического, генетического, инструментального исследований, морфологического изучения биоптата слизистой оболочки кишки. Исследование зубочелюстной системы больных у 100% обследованных выявило патологическую стираемость зубной эмали. У 32 пациентов отмечалась скученность зубов, нарушение зубных рядов, которые расценивались как зубочелюстные аномалии соединительной ткани, в большинстве своем генетически детерминированные.

Зубочелюстные аномалии не представляют угрозу жизни, но могут привести к серьезным патологическим изменениям органов и систем, нарушениям речи, психологическим проблемам. У 5 пациентов диагностирована частичная симметричная адентия врожденного характера. По данным рентгенологического исследования методом панорамной рентгенографии описаны картина отсутствия зачатков, особенности строения корней и всей челюстной костной ткани. Выявленные зубочелюстные аномалии можно отнести к оральным проявлениям целиакии, являющиеся диагностическим критерием при подозрении заболевания.

В случае выявления Ц необходимо междисциплинарное наблюдение для своевременного лечения, устранения признаков синдрома мальабсорбции и оказания профилактической стоматологической помощи, направленной на обеспечение профессиональной гигиены полости рта [10].

В работе турецких ученых стоматологического факультета Университета Бурса дана оценка пероральных проявлений у педиатрических пациентов с целиакической болезнью. Были изучены гипоплазия моляров-резцов и рецидивирующих афтозных язв, уровень кариеса, состояние гигиены полости рта, а также измерялась скорость потока слюны, буферная ёмкость слюны и слюнная кариесогенная микрофлора. Распространённость гипоплазии моляров составляла 61%, а количество рецидивирующих афтозных язв было значительно выше у детей с целиакией. Статистически значимой разницы в группе с болезнью целиакии, когда параметры DMFS, dfs и МПН (гипоминаерализации моляров-резцов) изучались с учетом соблюдения диетических норм, не выявлено.

Более тщательное соблюдение диеты приводило к улучшению гигиены полости рта. Существовала обратная зависимость между длительностью диагноза целиакии и наличием гипоминаерализации моляров-резцов. Была обнаружена положительная связь между продолжительностью заболевания и тяжестью гипоминаерализации резцов. Помимо более высоких показателей *Str. mutans*, у детей с целиакией была очень низкой скоростью потока слюны, что указывает на положительную корреляцию между плохим соблюдением пищевого рациона и ухудшением гигиены полости рта [24].

G. Kalvandi, I. Shahradian [26] представили итоги серологического исследования Ц у детей с кариесом зубов. В исследование были включены дети в возрасте от 3-х до 12 лет, направленные в стоматологическую клинику с кариесом эмали. Целиакия оценивалась с помощью измерения уровня IgA в сыворотке и антител к TTG (IgA). Затем, анализируя собранные данные, была изучена распространённость целиакии у детей с зубным кариесом и её связь с различными переменными. В этом исследовании участвовали 120 детей, из них 56 (46,7%) девочек и 64 (53,3%) мальчика с кариесом зубов. Положительный показатель серологии целиакии в изучаемой популяции составил 14 (11,6%). Была выявлена значимая связь между образованием матери, полом и местом проживания и целиакией ($p < 0,05$). Не обнаружено значимых связей между целиакической положительной серологией у детей с кариесом, количеством разрушенных зубов и грудным вскармливанием ($p > 0,05$). Исследование показало, что кариес зубов может быть

тревожным сигналом, указывающим на возможную целиакию, что поможет предотвратить её осложнения. С другой стороны, педиатры и стоматологи должны быть осведомлены о симптомах целиакии. Необходимы дополнительные исследования для планирования скрининга детей с целиакией [5].

S. Blazina, N. Bratanic [20] отмечают, что низкая минеральная плотность костей часто встречается у детей и подростков с целиакической болезнью. Строгая безглютеновая диета (GFD) улучшает минерализацию костей даже за год. Влияние периодического приема глютена неизвестно. Авторы сравнили минеральную плотность и распространённость низкой минеральной плотности костной ткани у детей и подростков при строгой безглютеновой диете. Авторы измерили ТМД у 55 детей и подростков (при строгой диете) с отрицательными антителами к эндомиозию (ЭМА) за последние 2 года и у 19 (при нестрогой диете) с положительным ЭМА на момент исследования. Поясничное, левое бедро и полное тело BMD (низкая минеральная плотность костной ткани) измерялись с помощью двойной энергетической рентгеновской абсорбциометрии. Четырёхдневные взвешенные диетические протоколы были получены с помощью самостоятельно заполненного вопросника общего потребления пищи и напитков. Энергия и потребление кальция рассчитывались с помощью программного обеспечения для анализа данных о питании. У всех пациентов были определены ЭМА, антитела к тканевой трансглутаминазе, сывороточный кальций, фосфат, 25-гидроксивитамин D, целый паратгормон, альбумин, мочевины и креатинин. Минеральная костная плотность у пациентов на строгой диете была значительно выше, чем у пациентов с нестрогой диетой (поясничный $p=0,01$; общий уровень тела $p=0,005$). При несоблюдении строгих требований значительно увеличилось число пациентов с общей BMD ниже $-1,0$ (71% против 38%; $p=0,03$). Потребление кальция и уровень витамина D были ниже рекомендуемых в обеих группах. Авторы констатируют итоги исследования: дети и подростки, принимающие нестрогую безглютеновую диету, имеют повышенный риск низкой минеральной плотности. Авторы рекомендуют оценивать ИМД у пациентов с положительным ЭМА. Кроме того, пациенты, принимающие строгую диету, подвержены риску низкого уровня BMD из-за низкого потребления кальция или дефицита витамина D. Соблюдать строгую диету с рекомендованным потреблением кальция и витамином D зимой и весной следует поощрять всех детей и подростков с Ц [6,9].

В последние годы наметилась отчетливая тенденция к развитию и прогрессированию заболеваний ЖКТ, находящая отражение и у больных Ц. При обследовании детей с целиакией диагностировались различные сочетанные формы патологии. У 43% больных был выявлен хронический энтероколит, причём у 80% он сочетался с другими болезнями органов пищеварения. У 18% больных был хронический гастродуоденит. Дискинезия желчевыводящих путей обнаружена у 13% больных целиакией, панкреатопатия – у 18%, СРК – у 23% (66), ГЭР – у 6%, лактазная недостаточность – у 13%, гепатит – у 7, хронический эрозивный колит – у 19, бульбит – у 4,3, энкопрез – у 7,5%, спленомегалия – у 4%, паразитарные заболевания кишечника: энтеробиоз – у 8%, аскаридоз – у 8% лямблиоз – у 13% [12,25].

Ученые из Нижнего Новгорода оценивали стоматологический статус детей с целиакией. Среди обследованных детей с Ц 25% имели декомпенсированную форму кариеса, у 32% обнаружены значительные дефекты зубной эмали. Наиболее распространенным заболеванием пародонта у детей с целиакией являлся гингивит, который в форме хронического генерализованного катарального гингивита отмечался у 100% обследованных. У 25% детей, больных целиакией, наблюдались проявления афтозного стоматита, кроме рецидивирующих афт при целиакии у 5% детей диагностированы глосситы, у 80% детей выявлены хейлиты.

Установлено, что у детей с целиакией существенно трансформируются кристаллогенные свойства смешанной слюны детей. Преобразования кристаллограмм и тезиграмм реализуются в особенностях краевой белковой зоны микропрепаратов, где в фации слюны обнаруживали появление разломов, выраженной неоднородности текстуры и существенное уменьшение радиуса. У детей с целиакией фиксировали более чем двукратное уменьшение кристаллизруемости и индекса структурности смешанной слюны ($p<0,05$ для обоих параметров по сравнению со здоровыми детьми). Особенностью кристаллоскопических и тезиграфических фаций является выраженное нарастание степени деструкции структурных элементов образца, а также резкое снижение размеров краевого пояса ($p<0,05$ по обоим показателям).

Таким образом, на основании кристаллоскопического исследования смешанной слюны показаны специфические трансформации физико-химических свойств у детей с Ц. Авторы отмечают, что поражения слизистой оболочки рта и дефекты зубной эмали могут быть единственными характерными чертами целиакии. Поэтому детей с наличием дефектов зубной эмали, язвенным стоматитом, наряду с дефицитом IgA, остеопорозом и кишечными

проявлениями, причисляют к группе риска с необходимостью проведения в них скрининг-диагностики на наличие целиакии. Врачу-стоматологу необходимо более тщательно изучать стоматологический статус у детей с подозрением на Ц, поскольку более 65% из них имеют стоматологические симптомы. В качестве неинвазивных методов ранней диагностики и изучения изменений физико-химических свойств смешанной слюны у детей с целиакией рекомендуется применять кристаллографию. Комплексный подход к выявлению, лечению и профилактике стоматологических заболеваний и их проявлений у детей и привлечением врача-стоматолога детского, врача-педиатра, гастроэнтеролога и специалистов лаборатории медицинской биофизики позволит проводить эффективную раннюю диагностику, своевременное лечение и профилактику не только стоматологических заболеваний, но и общей соматической патологии – целиакии у детей [7].

Российские ученые из воронежского университета представили итоги изучения состояния минеральной плотности костной ткани у детей при длительной безглютеновой диете с регулярным использованием продуктов переработки семян амаранта. В ходе исследования обследованы 82 ребенка в возрасте от 1-го года до 17 лет, из них 37 (основная группа) находились на длительной безглютеновой диете (25 человек страдали целиакией, 12 – повышенной чувствительностью к глютену). Девочек было 18, мальчиков – 19. Контрольную группу составили 45 условно здоровых детей. Дети были разделены на три возрастные группы: до 6 лет (дошкольники) – 15, 7-12 лет (младшие школьники) – 16, 13-17 лет (старшие школьники) – 6. Состояние костной минерализации оценивали по результатам денситометрии (показатель Z-score) с использованием рентгеновской двухэнергетической абсорбциометрии. Определяли также уровни биохимических маркеров формирования костного матрикса – производного коллагена 1-го типа (procollagen 1 N-terminal peptide – P1NP), высвобождаемого в процессе синтеза коллагена, и резорбции – C-терминального телопептида Vetta-Cross-Laps (BCL) – продукта деградации коллагена. Уровни P1NP и BCL в сыворотке крови определяли методом электрохемилюминесцентного иммуноанализа на микрочастицах.

После первичного обследования рацион питания детей был дополнен продуктами из амаранта, которые они регулярно употребляли в пищу в течение 9-12 месяцев, после чего было проведено повторное обследование. Различные виды муки из амаранта давали детям в виде каши (2-4 раза в неделю), ежедневно – кондитерские изделия (хлебцы, печенье, вафли, кексы, оладьи, блины) и др. При длительной безглютеновой диете у 18,75% детей имеется снижение Z-score по данным денситометрии. Биохимические маркеры претерпевают меньшие изменения и характеризуются нормальным, а у 20% детей 4-6 лет – более активным синтезом P1NP; соответствием возрастному референсному интервалу показателя BCL у 90% детей и снижением его у 10%.

При длительном употреблении амарантовых продуктов отмечается тенденция к уменьшению отклонения показателя Z-score. Биохимические маркеры не претерпели значимых изменений, но выявлена тенденция к увеличению числа детей, у которых значения BCL и P1NP приблизились к контрольным значениям.

Таким образом, регулярное использование продуктов из амаранта позволяет оптимизировать безглютеновую диету – разнообразить рацион питания, повысить приверженность пациентов к ее соблюдению, что способствует тенденции нормализации минеральной плотности костной ткани [3,4].

В работе рассматривается состояние костного метаболизма и его влияние на развитие кариеса полости рта у детей, страдающих целиакией. Как известно, кариес зубов является многофакторной патологией, исследователи проводят оценку различных кариесогенных факторов и их влияния на активность деминерализации у пациентов, в том числе с различной патологией желудочно-кишечного тракта. В оценке влияния кариесогенных факторов на возникновение кариеса у детей с Ц данные литературы весьма противоречивы. Обследовано 38 детей с подтвержденным диагнозом целиакии в возрасте 8-16 лет. Все дети были осмотрены стоматологом, была проведена санация полости рта, даны рекомендации по уходу за полостью рта. Установлено, что у детей с рано выявленной Ц, показатели кариесогенной ситуации полости рта и показатели костного метаболизма значительно лучше, чем у детей с поздно выявленной целиакией. Установлена взаимосвязь нарушения костного метаболизма и высокого риска развития кариеса у детей, страдающих целиакией. Состояние костного метаболизма может служить маркером развития кариеса в полости рта у детей с целиакией. А при лечении у стоматолога особую роль приобретает диспансеризация и проведение профилактических мероприятий [15,16].

При клинико-микробиологическом исследовании выявлены значительные нарушения микрофлоры кишечника у всех больных целиакией. Общей особенностью кишечного дисбиоза у

обследованных больных явилась дисрегуляция равновесности популяций бактерий, выражающаяся в уменьшении содержания анаэробных микроорганизмов (бифидобактерий, лактобактерий, бактероидов), относящихся к симбионтной флоре. Содержание различных микроорганизмов в толстой кишке у больных с целиакией не имело взаимосвязи с клиническими проявлениями болезни [23].

При изучении фенотипической характеристики у детей с целиакией узбекской популяции было установлено, что светлые волосы и светлые глаза достоверно чаще встречались у детей с атипичной формой заболевания, ($p < 0,001$), т.е. у детей, имеющих эти признаки, риск развития атипичной целиакии повышается (соответственно RR – 6,64 и 2,94). Изучая факторы риска развития целиакии, авторы установили, что дети со сращенным типом ушной мочки чаще подвержены развитию типичной, переходного типа атипичной целиакии (RR – 5,65 и 5,83). Жидкая ушная сера чаще всего встречается при типичной форме и рефрактерном течении целиакии ($p < 0,001$). Направление роста вихра также является информативным признаком: дети с центральным вихром, закрученным против часовой стрелки, подвержены высокому риску развития типичной формы Ц (RR – 7,46). Если же вихор закручен по часовой стрелке, то высок риск развития атипичной целиакии (RR – 19,6) [1].

Дефицит витамина D выявлен у 48 (80%) больных с Ц, причем у каждого четвертого пациента (15/25%) установлены предельно низкие цифры (ниже 10 нг/мл). Недостаточное содержание витамина D выявлено у 12 (20%) больных с Ц. При хроническом энтерите дефицит витамина D отмечался в 1,4 раза реже – у 34 (56,7%), чем при Ц. Недостаточное содержание витамина D констатировано у 26 (43,3%) больных, что в 2,2 раза чаще, чем у пациентов с Ц. Сравнительный анализ клинических признаков дефицита витамина D в зависимости от его показателей у больных Ц продемонстрировал значимость таких признаков, как боли в костях, деформация зубов, изменение структуры волос и сухость кожи ($p < 0,05$) при его дефиците по сравнению с недостатком. А выраженность таких признаков, как потливость, тахикардия, слабость не зависели от уровня витамина D. Результаты исследований кальций-фосфорного обмена и его регуляторов продемонстрировали зависимость между степенью снижения витамина D и дефицитом общего и ионизированного кальция, фосфора у больных с Ц, а также повышением щелочной фосфатазы и паратгормона у пациентов с Ц. Так, показатели ЩФ были повышены в 2,3 раза при дефиците витамина D и в 1,2 раза – при недостаточности, паратгормона – в 3,2 раза при дефиците витамина D и 2,6 раза – при недостатке витамина D ($p < 0,05$; $p < 0,001$). Установлена также достоверно значимая разница и значений общего, ионизированного кальция и фосфора при дефиците витамина D по сравнению с его недостаточностью [2,14,19].

В литературе описаны типичные клинические проявления болезни у детей. Выявлены значительные нарушения микробиоты кишечника у всех больных Ц. Авторы полагают, что, несмотря на длительное соблюдение безглютеновой диеты и видимую социальную адаптацию, у обследованных детей выявляются различные сопутствующие формы патологии желудочно-кишечного тракта и других систем, что указывает на необходимость пожизненного диспансерного наблюдения [8].

По мере расширения знаний о патогенезе целиакии и развития лабораторных технологий возникла необходимость системного подхода к диагностике и лечению больных на различных стадиях заболевания. Учитывая это, следует подчеркнуть, что больные Ц требуют комплексного обследования, позволяющего установить внекишечные проявления и возможные осложнения данного заболевания, а также предотвратить инвалидизацию.

Несмотря на определенный прогресс в изучении механизмов, участвующих в развитии целиакии, генез внекишечных симптомов заболевания остаётся мало изученным. Одним из существенных этиопатогенетических факторов формирования целиакии являются нарушения микробиома кишечника, увеличение проницаемости кишечного барьера и развитие пищевой аллергии. Поэтому крайне важен поиск путей коррекции кишечной микробиоты и анализ различных подходов к поддержанию оптимальной микробиологии кишечника у больных целиакией. Не менее важной задачей является также усовершенствование иммунологических методов диагностики и лечения метаболических нарушений при целиакии [11,14,18,25].

Литература

1. Абдужабарова З.М. Клиническое значение иммуногенетических и структурно-функциональных изменений тонкой кишки у детей с целиакией узбекской популяции. Медикаментозная коррекция: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2017. – 42 с.
2. Алиева Н.Р. Роль витамина D при заболеваниях кишечника у детей в зоне высокой инсоляции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2018. – 39 с.

3. Бавыкина И.А. и др. Состояние минеральной плотности костной ткани у детей с непереносимостью глютена при использовании продуктов из амаранта // *Вопр. практ. педиатр.* – 2016. – Т. 11, №1. – С. 32-38.
4. Бавыкина И.А. Нутритивный статус и оптимизация диетотерапии у детей с непереносимостью глютена: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Воронеж, 2016.
5. Губская Е.Ю., Перекрестова Е.А., Купчик Л.М. Целиакия: современная серологическая диагностика // *Крымский тер. журн.* – 2004. – №2. – С. 26-30.
6. Кокиашвили В.С., Новиков П.В., Юрьева Э.А. Коррекция нарушений фосфорно-кальциевого обмена и остеопороза у детей с целиакией и вторичным синдромом мальабсорбции // *Рос. вестн. перинатол и педиатр.* – 2009. – Т. 54, №4. – С. 32-37.
7. Косюга С.Ю. и др. Стоматологический статус детей с целиакией // *Volga Med. Science.* – 2022. – С. 599-601.
8. Мельник В.С. и др. Микробиота ротовой полости детей с заболеваниями тканей пародонта и кариесом зубов. – 2012.
9. Назарова А.З. и др. Исследование уровня кальция и фосфора в слюне у детей с целиакией // *Вопр. детской диетол.* – 2008. – Т. 6, №2. – С. 86-86.
10. Орешко Л.С., Алиева Г. Ч. Целиакия: некариозные поражения зубов // *Экспер. и клин. гастроэнтерол.* – 2021. – №4 (188). – С. 150-154.
11. Пирогова З.И., Рябчук Ф.Н. Иммунологический статус у детей с глютеновой энтеропатией и пищевой аллергией // *Вопр. детской диетол.* – 2008. – Т. 6, №2. – С. 86-87.
12. Саидмуродова Ж.Б., Гулинур У.К.А. Лечение кариеса молочных зубов у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // *Sci. Educ.* – 2025. – Т. 6, №3. – С. 18-21.
13. Сатыго Э.А., Гончарова О.В. Анализ ведущих патогенетических факторов кариеса зубов у детей с целиакией // *Стоматология.* – 2020. – Т. 99, №3. – С. 71-73.
14. Семенова Е.А., Орешко Л.С., Шомин А.В. Нарушения метаболизма костной ткани при целиакии // *Экспер. и клин. гастроэнтерол.* – 2019. – №10 (170). – С. 90-95.
15. Силин А.В., Сатыго Е.А., Мельникова И.Ю. Особенности стоматологической патологии у детей с целиакией // *Институт стоматологии.* – 2018. – №3. – С. 82-83.
16. Силин А.В., Сатыго Е.А., Мельникова И.Ю. Состояние костного метаболизма и его влияние на развитие кариеса полости рта у детей, страдающих целиакией // *Экспер. и клин. гастроэнтерол.* – 2019. – №1 (161). – С. 103-105.
17. Смирнова Г.И., Румянцев Р.Е. Витамин D и аллергические болезни у детей // *Рос. педиатр. журн.* – 2017. – 20, №3. – С. 166-172.
18. Хавкин А. и др. Витамин D и костный метаболизм при целиакии. Возможности диетической коррекции // *Педиатр. фармакол.* – 2024. – Т. 21, №4. – С. 375-384.
19. Хавкин А. и др. Витамин D и костный метаболизм при целиакии. Возможности диетической коррекции // *Педиатр. фармакол.* – 2024. – Т. 21, №4. – С. 375-384.
20. Blazina S., Bratanic N., Campa A.S. et al. Bone mineral density and importance of strict gluten-free diet in children and adolescents with celiac disease // *one.* – 2010. – Vol. 47, №3. – P. 598-603.
21. Caio G., Volta U., Sapone A. et al. Celiac disease: A comprehensive current review // *BMC Med.* – 2019. – Vol. 171. – P. 142.
22. Cantekin K., Arslan D., Delikan E. Presence and distribution of dental enamel defects, recurrent aphthous lesions and dental caries in children with celiac disease // *Pak. J. Med. Sci.* – 2015. – Vol. 31, №3. – P. 606-609.
23. Cenit M.C., Olivares M., Codoner-Franch P., Sanz Y. Intestinal Microbiota and Celiac Disease: Cause, Consequence or Co-Evolution? // *Nutrients.* – 2015. – Vol. 7, №8. – P. 6900-6923.
24. Elbek-Cubukcu C., Arsoy H.A., Ozkaya G. Assessment of oral manifestations in pediatric patients with celiac disease in relation to marsh types // *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* – 2023. – Vol. 28, №1. – P. e9-e15.
25. Jericho H., Sansotta N., Guandalini S. Extraintestinal Manifestations of Celiac Disease: Effectiveness of the Gluten-Free Diet // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* – 2017. – Vol. 65, №1. – P. 75-79.
26. Kalvandi G., Shahramian I., Farmany A. et al. Serological study of celiac disease in children with dental caries // *Hum. Antibodies.* – 2021. – Vol. 29, №4. – P. 237-241.
27. Lähteenoja H., Toivanen A., Viander M. et al. Oral mucosal changes in coeliac patients on a gluten-free diet // *Europ. J. Oral. Sci.* – 1998. – Vol. 106. – P. 899-906.
28. Macho V.M.P., Coelho A.S., Veloso E. Silva D.M., de Andrade D.J.C. Oral Manifestations in Pediatric Patients with Coeliac Disease – A Review Article // *Open. Dent. J.* – 2017. – Vol. 24, №11. – P. 539-545.

29. Macho V.M.P., de Barros Menéres Manso M.C.A., E Silva D.M.V., de Andrade D.J.C. The difference in symmetry of the enamel defects in celiac disease versus non-celiac pediatric population // J. Dent. Sci. – 2020. – Vol. 15, №3. – P. 345-350.

30. Majorana A., Bardellini E., Ravelli A. et al. Implications of gluten exposure period, CD clinical forms, and HLA typing in the association between celiac disease and dental enamel defects in children. A case-control study // Int. J. Paediatr. Dent. – 2010. – Vol. 20. – P. 119-1124.

ФАКТОРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КАРИЕСОМ И НЕКАРИОЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

Сайдалиев М.Н., Муртазаев С.С., Мирсалихова Н.Х.

Важнейшей проблемой современной педиатрии является ухудшение здоровья детей и подростков, снижение показателей их физического и полового созревания, рост общей заболеваемости и высокий уровень социально-значимых и инвалидизирующих заболеваний. Одной из таких хронических инвалидизирующих болезней является целиакия, которая отличается широкой распространенностью, сложностью патогенеза, трудностями диагностики, полиморфизмом клинической картины, формированием хронических как гастроэнтерологических, так и внекишечных форм заболевания, в том числе стоматологических.

Ключевые слова: целиакии, дефекты зубной эмали, кариес зубов, индекс гигиены

SELIAKIYA KASALLIGIGA CHALINGAN BOLALARDA TISH TO'QIMALARINING QATTIQ TO'QIMALARINING KARIES VA KARIESSIZ SHIKASTLANISHLARI BILAN BOG'LIQ OMILLAR

Saidaliev M.N., Murtazaev S.S., Mirsalikhova N.X.

Zamonaviy pediatriyaning eng muhim muammosi bolalar va o'smirlar sog'lig'ining yomonlashishi, ularning jismoniy va jinsiy yetukligining pasayishi, umumiy kasallanishning kuchayishi, ijtimoiy ahamiyatga ega va nogironlik darajasining yuqori darajasidir. Surunkali, nogironlik holati sifatida seliakiya kasalligi tarqalishining kuchayishi, murakkab patogenezi, diagnostik qiyinchiliklari, polimorf klinik ko'rinishi va kasallikning surunkali oshqozon-ichak va ichakdan tashqari shakllarining rivojlanishi, shu jumladan tish asoratlari tufayli klinik pediatriyaning dolzarb muammosi hisoblanadi.

Kalit so'zlar: seliakiya kasalligi, tish emal kariyesi, tish kariyesi, indeks gigiyena.

FACTORS INVOLVING CARIES AND NON-CARIOUS LESIONS OF HARD TISSUES OF DENTAL TISSUES IN CHILDREN WITH CELIAC DISEASE

Saidaliev M.N., Murtazaev S.S., Mirsalikhova N.Kh.

The most important problem in modern pediatrics is the health of children and adolescents, including declining physical and general health indicators, rising morbidity, and a high rate of socially significant and disabling diseases.

As a chronic disabling disease, celiac disease is a pressing issue in clinical pediatrics, driven by its increasing prevalence, complex pathogenesis, challenging diagnosis, polymorphic clinical presentation, and the emergence of chronic gastrointestinal and extraintestinal forms of disease, including dental diseases.

Key words: celiac disease, dental enamel defects, dental caries, dental status, hygiene index.

УДК: 616.314:57.089.67:616-06-074

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ



Хайдаров А.М., Рахимов А.Р., Махмудова З.Т.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Дентальная имплантация – один из наиболее распространённых методов восстановления утраченных зубов, обеспечивающий высокую функциональность и эстетический результат.