

«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, 2025 (98)**

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ЖУРНАЛ

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси хузуридаги 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.

Компьютерда терувчи: Е.Алексеев
Дизайнер ва саҳифаловчи: Г.Назирова
Мухаррир О.А.Козлова
Баҳоси келишилган нархда.

Рекламани чоп қилиш ҳақ тўлаш йўли билан амалга оширилади.

Реклама матнининг тўғрилиги бўйича жавобгарлик реклама берувчи зиммасидадир.

Қўлёзмалар, 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 таҳририят ҳайъатининг зиммасидадир.

Бош муҳаррир: т.ф.д., проф. Нигматов Р.Н.

Бош муҳаррир муовини:

т.ф.д., проф. Жуматов У.Ж.

Масъул котиб: т.ф.н., доц. Рахматуллаева Д.У.

ТАХРИРИЯТ ҲАЙЪАТИ

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.
Акбаров А.Н., 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. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Ғаффоров С.А., т.ф.д., проф.
Даминова Ш.Б., т.ф.д., проф.
Ирсалиев Х.И., т.ф.д., проф.
Колбаев А.А. (Қирғизистон), 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. (Қирғизистон), т.ф.д., проф.

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ

Абдукодиров А.А. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Ғуломов С.С. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Исмоилов М.М. (Фарғона)
Кисельникова Л.П. (Россия), т.ф.д., проф.
Тулаганов Б.О. (Тошкент вилояти)
Усмонов Ф.К. (Тошкент), т.ф.н., доц.
Узакбергганова 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.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ИСТОРИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

Жуматов У.Ж., Абдурахимов З.А. Особенности состояния вкусовой чувствительности у рабочих хлопкоочистительной промышленности 5

Юлдашев Ф.Ф., Курязов А.К. Сравнительное изучение уровня стоматологических гигиенических знаний среди лиц с нарушением слуха 9

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Мелькумян Т.В., Хабадзе З.С., Даштиева М.У., Шералиева С.Ш., Камиллов Н.Х., Мусашияхова Ш.К., Дадамова А.Д. Влияние спиртового раствора 10-MDP на эффективность самопротравливающих адгезивных систем 13

Адилов К.З., Ризаев Ж.А., Адилова Ш.Т. Результаты применения фибрина аутоплазмы в комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита 16

Ахмедов А.А., Холбеков Ш. Современные методы применения тромбоцитарной аутоплазмы у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом с средней степенью тяжести 20

Рузиева К.А. Современные аспекты применения костнопластических материалов при лечении деструктивных форм хронического периодонтита 22

Turumova M.B. Latest foundations of diagnosis and prevention of galvanosis 25

Содикова Ш.А., Турсунов Д., Шукурова Д. Оптимизация мероприятий по лечению и профилактике заболеваний пародонта у беременных женщин с железодефицитной анемией 27

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Хасанов А., Боймуратов Ш., Юсупов Ш., Рахманов Ш. Эстетическое улучшение с помощью вторичной операции после ортогнатического лечения патологического прикуса 29

Хасанов А.И., Атавуллаев М.Ж. COVID-19 коронавирус инфекции ўтказган беморларда каверноз синус тромбозининг шакла-ниши ва клиник кўриниши 35

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Хожимуродов В.Р. A complete set of removable dentures that are affixed to mini implants for orthopaedic treatment..... 42

CONTENT

ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY, HISTORY AND EXPERIMENTAL SECTION

Zhumatov U.Zh., Abdurakhimov Z.A. Features of the state of taste sensitivity in workers of the cotton ginning industry 5

Yuldashev F.F., Kuryazov A.K. Comparative study of the level of dental hygiene knowledge among people with hearing impairment 9

THERAPEUTIC DENTISTRY

Melkumyan T.V., Khabadze Z.S., Dashtieva M.U., Sheralieva S.Sh., Kamilov N.Kh., Musashaykhova Sh.K., Dadamova A.D. Effect of 10-mdp ethanol solution on the efficacy of self-etching adhesive systems 13

Adilov K.Z., Rizaev Zh.A., Adilova Sh.T. Results the use of autoplasmic fibrin in the complex therapy of chronic generalized periodontitis 16

Akhmedov A.A., Kholbekov Sh. Modern methods of using platelet autoplasm in patients with chronic generalized periodontitis with moderate severity 20

Ruzieva K.A. Modern aspects of the use of bone plastic materials in the treatment of destructive forms of chronic periodontitis 22

Turumova M.B. Современные основы диагностики и профилактики гальваноза 25

Sodikova Sh.A., Tursunov D., Shukurova D. Optimization of measures for the treatment and prevention of periodontal diseases in pregnant women with iron deficiency anemia 27

SURGICAL DENTISTRY

Khasanov A., Boymuradov Sh., Yusupov Sh., Rakhmanov Sh. Aesthetic improvement with secondary surgery after orthognathic treatment of pathological bite 29

Khasanov A.I., Atavullaev M.J. Form and clinical picture of Cavernous sinus Thrombosis in patients with covid-19 coronavirus infection 35

ORTHOPEDIC DENTISTRY

Ходжимуродов Б.Р. Полный комплект съемных зубных протезов, фиксирующихся на мини-имплантатах для ортопедического лечения 42

ABSTRACT. Orthognathic surgery significantly improves facial aesthetics and functional occlusion, but additional procedures are often required to achieve optimal aesthetic results. This study analyzes the role of additional surgical interventions, primarily genioplasty, in improving chin contours immediately after placing the chelasts in an orthognathic relationship. Patients with skeletal anomalies of bite class II often have retro- and microgenia, which requires increasing the chin contour to an aesthetic position in the vertical plane in the facial profile by osteotomy and fixation. In group II patients with excessive subcutaneous fat, liposuction and platysmaplasty are recommended to correct the cervical chin angle. Additional procedures such as facelifts, temporal elevators, and SMAS elevators address facial laxity and deep nasolabial folds. Rhinoplasty is indicated when postoperative nasal tip drooping or hump formation on the

back of the nose is observed. Patients with signs of periorbital aging or excess subcutaneous fat and skin with the presence of hernias undergo blepharoplasty or forehead lift to improve facial harmony and aesthetics of the patient's look. In cases of thin biotype bone structure or no subcutaneous fatty tissue, special 3D implants made of PEEK, hydroxyapatite or porous polyethylene are used to emphasize the contour of the angles and edges of the jaw and zygomatic region. This study evaluated aesthetic outcomes in 87 patients, emphasizing the importance of customized secondary surgeries to improve facial aesthetics.

KEY WORDS: orthognathic surgery, skeletal bite abnormality, patient motivation, oral surgery, genioplasty, secondary surgery, facial aesthetics, skeletal bite abnormality, rhinoplasty, blepharoplasty, chin correction, 3D implants, facial harmony, facelift, SMAS elevator.

УДК: 611.145.11+616.71-002.2]:616.9:578.834-036.6

COVID-19 КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИ ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА КАВЕРНОЗ СИНУС ТРОМБОЗИНИНГ ШАКЛЛАНИШИ ВА КЛИНИК КЎРИНИШИ



Хасанов А.И., Атавуллаев М.Ж.

*Тошкент Давлат стоматология институти,
Бухоро Давлат тиббиёт институти*

Ғорсимон (Каверноз синус) бўшлиқнинг тромбози, яъни каверноз синусининг тромбози мия веноз тизимининг энг оғир патологияларидан бири булиб, бош мияни ғорсимон-веноз бўшлиғида тромбларни шаклланишидир. Каверноз синусининг тромбози асорат сифатида жуда кам учрайди ва адабиётлар таҳлил қилинганда 50% ҳолатда кўз ости, лунж соҳаси ва бурун-лаб бурмасида учрайдиган чипқон ва карбункул касалликларининг асорати сифатида ривожланади,

бурун атрофи инфекцион-йирингли бўшлиқларининг яллиғланиш жарраёни (30%), бош мияни яллиғланиш жарраёнлари (10%) ва оттоген ҳамда одонтоген инфекциялар (10%) асорати сифатида юзага келади. Лекин ҳозирги замонда антибактериал давони мукамал ривожланиши ва уларни асосли қўланилиши бу асоратларни кескин камайишига олиб келган.

COVID-19 касаллиги SARS-CoV-2 вируси билан юқори нафас йулларини зараланиши

билан чегараланмасдан инсон танасидаги бошқа аъзоларига ва организмдаги физиологик жарраёнларга ҳам манфий таъсир ўтказяпти. Қон ивиш тизимини бузилиши юрак қон-томир касалликларини ривожланишига, бош мия қон айланишини бузилишига ва ғорсимон бўшлиқнинг тромбози шакланшига сабаб бўлаяпти. COVID-19 ни асорати сифатида каверноз синусини тромбози ҳақида илмий ва назарий маълумотлар деярли йуқ бўлиб, бу ўз навбатида бу асоратни даволашини чуқур ўрганишни талаб этади. Бугунги кунда бизни Республикамизда COVID-19 Коронавирус инфекцияси касаллиги буйича даволанган беморларда ғорсимон бўшлиқнинг тромбози билан асоратланиши олдини олиш, прогнозлаш, ўз вақтида аниқлаш, ташхис қўйиш ва даволаш тадбирларини комплекс олиб бориш долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

Мақсад: Covid-19 коронавирус инфекцияси бўлган беморларда юқори жағнинг ўткир остеомиелитини ғорсимон бўшлиқнинг тромбози билан (cavernous sinus thrombosis) асоратланиши этиопатогенезини, клиникасини, диагностикасини ўрганишдан иборат бўлди

Тадқиқот материали: Бухоро ва Тошкент олий укув юрти қошидаги юз-жағ жарроҳлиги поликлиникаларида ва клиникаларида, ҳамда хусусий клиникаларда беморларда текширувлар ўтказилди. Текшириш мабойнида бемор организмда кузатиладиган ҳар бир ўзгаришга жуда эътиборли ёндошиш лозим.

Covid-19 коронавирус инфекцияси бўлган беморларда юқори жағнинг ўткир остеомиелитини ғорсимон бўшлиқнинг тромбози билан (cavernous sinus thrombosis) асоратланишини аниқлаш учун уларнинг шикоятларини, касаллик тарихини, касалликни ривожланишини ва беморни соматик ҳолатига ёндош касалликларига катта эътибор берилди. Касалликга аниқ ташхис қўйиш ва тўғри даво тадбирларини танлаш беморда қўшимча ва асосий текширув усуллари ўтказилди.

Covid-19 коронавирус инфекцияси бўлган беморларда юқори жағнинг ўткир остеомиелитини ғорсимон бўшлиқнинг тромбози билан (cavernous sinus thrombosis) асоратланишини оғриқ бўлиши мумкин: тиш касалликларида (кариес, нокариоз жароҳатлар, пульпит, периодонтит), парадонт (гингивит, пародонтит, пародонтоз) ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати (стоматитлар) касалликларни хуружига олиб келганлиги кузатилди.

Текширувлар 45 ёшдан 80 ёшгача беморлар даволанишда бўлган беморларда олиб борилди.. Беморларнинг ёш даражалари ЖССТ таснифига кўра тузилган (1 жадвал). 45 дан 59 ёшгача бўлган ёш гуруҳини 24 нафар (40%), 60-74 ёш гуруҳини 26 нафар (43,33%) бемор ташкил қилди, 10 нафар бемор 75 ёш ва ундан катта (6,67 %) диапозонида бўлди.

Жадвал

Covid-19 коронавирус инфекцияси бўлган беморларда юқори жағнинг ўткир остеомиелитини ғорсимон бўшлиқнинг тромбози билан (cavernous sinus thrombosis) асоратланиши билан бетоб беморларнинг ёш даражалари

Ёши	Тадқиқот усуллари			
	Асосий беморлар сони		Жинсига нисбатан	
	Бемор сони	%	Эркаклар	аёллар
45-59 ёш ўрта	24	40	16	8
60 - 74ёш катта	26	43,3	17	9
75 ёшдан катта	10	6,7	8	2
Жами	60	100	41	19

Беморларнинг жинси бўйича таҳлил ўтказилганида эркак ва аёл беморларнинг нисбати қандай эканлиги аниқланди. Тадқиқот давридаги назорат гуруҳ беморларнинг жинси бўйича нисбати 68,3 % эркакларни ва 31,7 %ни аёллар ташкил этди.

Умумий анамнезни ўрганиш бемор организмдаги умумий касалликларнинг оғиз бўшлиғи аъзоларига таъсир қилиш даражасини аниқлашда ёрдам беради. Чунки оғиз бўшлиғидаги ўзгаришлар бемор организмдаги кузатилаётган умумий йўлдош касалликларнинг бир белигиси сифатида намоён бўлиши мумкин. Бундан ташқари бемор организмдаги умумий касалликларни аниқлаш беморга ўтказилиши режалаштираётган маҳаллий оғриқсизлантиришда ишлатиладиган анестетикларни танлашда кўрсатмалари ва қарши кўрсатмаларини аниқлашдаям ёрдам беради.

Тадқиқот усуллари:

1. МСКТ ва МРТ текширув.
2. Оғиз бўшлиғидан микробиологик усуллари (микроскопик текшириш, маҳаллий текшириш).
3. Коагуллограмма, гемостазиограмма.
4. Д-димер, С-реактив оқсил, Прокальцитонин, Феритин даражаларини аниқлаш
4. Статистик (вариацион статистика, корреляция таҳлили, ОР, РР).

Олинган натижалар ва муҳокамаси

Каверноз синусни тромбозини шаклланиши (патогенези): COVID-19 коронавирус инфекцияси касаллиги асорати сифатида каверноз синусининг тромбозини ананавий ҳолатдан фарқли равишда ўзига хос ривожланиши, шаклланиши ва клиник кечиши кузатилди. Каверноз синус тромбозини келиб чиқиш сабаблари: Тромбозни келиб чиқишига ва шаклланишига биринчи ўринда умумий ва маҳаллий омиллар сабабчидир.

Умумий омилларга энг кўп учрайдиган умумий касалликлар киради:

1. Қон ивиш тизимини бузилиши
2. Қандли диабет касаллиги
3. Сурункали юқори нафас йўллари яллиғланиш касалликлари
4. Бош мияни қон айланишини бузилиши
5. Қон-томир юрак касалликлари

6. Марказий асаб тизимини ноинфекцион зараланиши

7. Гормонтерапияни қабул қилишни бузилиши ва ҳакозо.

Маҳаллий омилларга киради:

1. Юз-жағ соҳасидаги ва бурун атрофи бўшлиқларидаги йирингли-яллиғланиш жарраёнлари

2. Кислородни бурун орқали қабул қилган шиллиқ қаватни куйиши ва некрози (майда қон томирларини зараланиши).

Бурун орқали бериладиган кислород трубкасини йўналишига қараб танглай шиллиқ қаватини некрози, юқори жағни остеомиелити, бурун ва унинг атрофидаги бўшлиқларни йирингли-некротик жарраёни шаклланади.

Ҳар қандай тромбознинг патогенези Вирхов триадасига асосланган бўлиб, бунда қон томир деворининг шикастланиши, маҳаллий қон айланишини секинлашиши, қон қуюлишини ошиши кузатилади. Шу туфайли маҳаллий жараёнда тромбоцитлар бир бирига ёпишиши ва қўшилиши ҳисобига бирламчи тромб ҳосил бўлиши кузатилади. Каверноз бўшлиқ (синус) ичида трабекулаларни қўплиги тромбни ривожланишига ва интракраниал томирлар орқали тарқалишига сабаб бўлади.

Барча морфологик ўзгаришлар иккита механизм туфайли ривожланади – тромбоцитик массалар томонидан маҳаллий томирларнинг тикилиб қолиши ва интракраниал босимнинг ошиши. Биринчиси интракраниал қон оқимининг бузилишига, гидростатик босим ва мия шишига олиб келади. Иккинчи омил, синусларда веноз қоннинг турғунлиги туфайли орқа мия суюқлигининг физиологик сўрилишини тўхтатишга сабаб бўлади. Бу ҳолатлар уйғунлиги ишемия қўзғатади, баъзан-бир мия инфаркти ёки қон кетишига олиб келади.

Каверноз синус тромбозининг асосий неврологик кўринишлари унинг таркибий хусусиятлари ва топографиясига боғлиқ. Каверноз бўшлиқ ёки унинг деворлари орқали ички уйқу артерияси, маҳаллий симпатик уйқу артериясини тугуни, бош мия нервлар гуруҳи: кўзни ҳараклантирувчи, ғалтаксимон, узоқлаштирувчи ва уч шохли нервнинг иккита тармоғи (кўз ва юқори жағ илдизчалари) каби анатомик тузилмалар ўтади.

Каверноз синусни тромбозини шакланишининг клиник белгилари: COVID-19 коронавирус инфекцияси билан даволанган беморларда асорат бўлиб шакланган каверноз синусни тромбозини касаллик бошланғич белгиларига асосланиб ва клиник белгиларини кўпайишига қараб 4 босқичга бўлди. Яна шуни таъкидлаш керак-ки COVID-19 коронавирус инфекцияси касаллиги асорати сифатида каверноз синусни тромбози белгиларининг жиддийлиги ва ривожланиш даражаси ўзгарувчан бўлиб, хамрох касалликка, гемодинамик бузилишларнинг ривожланиш тезлигига, беморнинг ёшига боғлиқ. Патологиянинг юқумли келиб чиқиши билан горизонтал ҳолатда, уйқу вақтида, гипертермия ва интоксикация синдромининг белгилари ортиши кузатилади. Биринчи ва иккинчи босқичда тромбоз шаклланишини ўз ичига олади.

Биринчи босқичда беморнинг умумий ахволи ўрта оғирликда булади. Бемор ўзи юради. Тана харорати меъерида булади. Маҳаллий бирламчи белгилари бу лунж, кўз ости сохаларини ва бурун-лаб бурмасини увишишиб қарахт булиб қолишидан бошланади. Биринчи клиник белги - ўзига хос хусусиятларга эга бўлмаган бош оғриғи. Бу ўткир ёки аста-секин ривожланиши мумкин, маҳаллий ёки диффуз, доимий ёки даврий бўлиши, кўнгил айланиши, қусиш билан бирга келиши мумкин. Маҳаллий бирламчи белгилари бу лунж, кўз ости сохаларини ва бурун-лаб бурмасини увишишиб қарахт булиб қолиши, кўз олмаси атрофи, орқасида оғирлик хисси, кўзни ҳаракатлантирганда бироз оғриқ билан бошланиши мумкин. Бунда қорачикнинг ёруғликка реакцияси пасайиши, кўз олмасини ҳаракатлантирганда ҳаракатларнинг тўлиқ даражада эмаслиги кузатилади. Айрим беморларда юқори ёки пастки қовоқда тери ости қон қуйилишлари кузатилиши мумкин. Кўз тубининг морфофункционал текширувлари оптик когерент томография ёрдамида амалга оширилганда, тўр парда қаватларининг шишини кузатишимиз мумкин Шу билан бирга юқори жағ ўтув бурмасини қизариши ва оғриши пайдо бўлади. МРТ ва МСКТда гаймор бўшлиғини сояланиши кузатилади ва бу жар-

раён секвестр ва остеонекроз шаклангунча давом этади.

Иккинчи босқичда беморнинг умумий ахволи ўрта оғирликда қарахтлик кўзнинг медиал бурчагига, юқори жағнинг танглай ва альвеоляр ўсиғларига тарқалади. Кўз олмаси ортидаги оғриқлар кучайиши, пешона ва чакка соҳасига тарқалиши кузатилиши мумкин. Кўз олмаси ҳаракати чегараланишининг янада ортиши, юқори қовоқнинг ярим птози, кўриш ўткирлигининг пасайиши кузатилиши мумкин. Айрим беморларда, аксинча, қовоқларни ёпиш ҳаракати чекланади. Бу босқичда юқори қовоқ шиши, периорбитал шишлар, конъюнктива хемози ривожлана бошлайди, қорачикнинг ёруғликка реакцияси янада сусаяди. Ушбу беморларни кўз туби кўрилганда, кўрув нерви диски чегарасининг бироз ноаниқлиги, пушти рангда ҳамда веналарнинг кенгайганлигини кузатишимиз мумкин. Кўз тубининг морфофункционал текширувлари оптик когерент томография ёрдамида амалга оширилганда, тўр парда қаватларининг шиши ва хориоидея томирлари калибри органлигини кузатишимиз мумкин. Танглайда оқма йул шакланади ва шиллик қаватнинг ранги (кўнғир, тўқ қизғиш ранг) ўзгаради. Юқори жағида тишлари 1 ва 2 даража қимирлайди, ўтув бурмаси қизариб шишади ва оғриқ пайдо бўлади. Касал томонида юқори лабда, лунжда, кўз ости соҳасида сезувчанликни йўқолиши кузатилади. Бурун лаб бурмаси кўтарилиб қолади. Бурун орқали нафас олиши қийинлашади. МРТ ва МСКТда ғалвирсимон (этмоидал), гаймор бўшлиғларини сояланиши кузатилади, суяк деструкция ўчоқлари аниқланади ва бу жарраён секвестр ва остеонекроз шаклангунча давом этади.

Учинчи босқичда беморнинг умумий ахволи оғир, маҳаллий офтальмологик ва неврологик симптомлар ривожланади. Кўз соҳасидаги оғриқлар кучайиб, кўз олмаси ҳаракати йўқолиши, экзофтальм, хемоз, юқори қовоқнинг птози, шиши, кўриш ўткирлигининг кескин пасайиши ёки бутунлай йўқолиши кузатилиши мумкин. Айрим беморларда кўриш ўткирлиги сақланган ҳолатда иккита кўриш кузатилиши мумкин. Юқори қовоқ шиши янада ортиб, чакка, бурун ва пешона сохаларига тарқалиши кузатилади, конъюнк-

тивада кескин хемози, қорачиқнинг ёруғликка реакцияси йўқолиши мумкин. Баъзи беморларда шох парда хиралишиши, олдинги камера суюқлигининг нотиниқлиги кузатилиши мумкин. Беморларни кўз туби кўрилганда, кўрув нерви диски чегарасининг ноаниқлиги, гиперемияланганлиги ҳамда веналарнинг кескин кенгайишини кузатишимиз мумкин. Оптик когерент томографияда тўр парда қаватлари шиш хисобига аниқланмайди, хориоидея томирлари калибри кескин ортганлигини кузатишимиз мумкин. Шунини таъкидлаш керакки, ушбу босқичда ўзгаришлар соғлом тарафга тарқалиши кузатилади. Бунда даво чоралари иккиала кўзни даволашга қаратилган бўлиши лозим.

Юқори лабда, лунжда, яноқ орбитал комплексида қизариш ва кукариш белгилари пайдо бўлади. Ушбу сохалар пайпаслаб кўрилганда қаттиқроқ шиш ва оғриқ кузатилади. Секин-аста неврологик белгилари ривожланади. Куз ёриғи синдроми - кўз олмалари ҳаракатини чегараланиши, кўз қовоқларини беркилиб қолиши (птоз), яъни офтальмоплегия ривожланади. Зарарланган касаллик томонида юз нервининг периферик парези шакланади. Тишларни ўтув бурмасыда ва танглайда абсцесслар шакланади. МРТ ва МСКТда пешона (фронтал), асосий, ғалвирсимон (этмоидал), гаймор бўшлиғларини сояланиши кузатилади. Контраст модда қулланилганда тромб каверноз синусида аниқланади. Ўз вақтида даволаш тадбири қўланилмаса инсульт, ўткир мия қон айланишини бузилишини юзага келиши ва мия абсцесси шаклланиши мумкин.

Тўртинчи босқичда беморнинг умумий ҳолати ўта оғир бўлади. Бошдаги қаттиқ оғриқ, холсизланиш, тана хароратининг 38-39°C бўлиши ва иштаҳа йўқлиги кузатилади. Артериал қон босимини ошиши, қанд микдорини кўпайиши, тахикардия белгилари бу босқичда баланд бўлади. Бу босқичда кўз соҳасидаги симптомлар кучайиши билан бирга, зарарланган тарафнинг парези хисобига кўздаги оғриқлар сезилмаслиги кузатилиши мумкин, кескин экзофтальм, офтальмоплегия, тўлиқ птоз, кескин хемоз, ёқимсиз хидли йирингли ажралмалар кузатилади. Юқори қо-

вокнинг кескин шиши сабабли кўз ёриғининг ташқи ёрдам билан ҳам очилмаслиги кузатилиши мумкин, бу эса кўп ҳолларда ушбу беморларнинг кўз олмаси олдинги ва оптик мухитлари, кўз тубини кўриш имконияти бўлмаслигига олиб келади.

Шуниндек бу босқич учун ишемик ва геморрагик инсультлар ҳам хос ҳисобланади. Бу эса ўз навбатида беморнинг аҳволини яна оғирлаштиришга сабаб бўлади ва натижада марказий гемипарез, гемигипестезия ва ҳақозо неврологик белгилар пайдо бўлади. Маҳаллий юзда неврологик (парез ёки фалажлик, невралгия) ва офтальмологик (экзофтальмни ривожланиши, куз соқасида яллиғланиш жарраёнини шаклланиши) белгиларни ривожланиши ҳам беморни умумий ҳолатини оғирлаштиради. Маҳаллий белгиларида кўзнинг птози (офтальмоплегия), кўрмаслиги (амавроз), кўз қовоқларини инфильтрати ва оғриғи кузатилади. Бурун атрофидаги ҳамма бўшлиқлардаги бироз оғриқ ва яллиғланиш жарраёни йирингли некротик тус олади. Бурун йўлларида чиғаноқларида шиллиқ қават некрозга учрайди. Юқори жағда, танглайда йирингли-некротик жарраён ривожланиб тишларни қимирлаши 2-3 даражага келиб қолади. Тишларни ўтув бурмасыда абсцесслар шаклланиб йирингли пуфакчаларни ҳосил қилади. (ўртача қанча давом этади?)

Каверноз синусни тромбозини ташхислаш. Ташхиснинг мураккаблиги патогенетик белгиларнинг деярли тўлиқ йўқлигида ётади. Дифференциал ташхис сепсис, сигмасимон синуснинг ўхшаш зарарланиши, орбита флегмонаси, ретробулбар қон кетиши, глиома ёки орбитал тўқималарнинг саркомаси билан ўтказилади. Ушбу патологияга шубҳа билан қарайдиган беморни текшириш дастурига қуйидагилар киради:

Анамнез йиғиш ва умумий текшириш. Дастлабки суҳбат давомида невролог шикоятларни, уларнинг ривожланиш динамикасини батафсил ёритади, аввалги омиллар, ёндош касалликлар, туғма патологияларнинг мавжудлиги, оила тарихини аниқлаштиради. Кейинчалик каверноз синус тромбозининг ташқи кўринишларини аниқлаш учун жисмоний текширув ўтказилади.

Неврологик ҳолат. Кўпчилик беморларда кўз соҳасидаги қорачиқ ва корнеал рефлексларни бузилиши, қовоқларда гипестезия ёки дизестезия, экзофтальм, офтальмоплегия ёки иккита куриш (диплопия) кузатилади. Бош миё тўқимаси зарарланганда бульбар синдром, марказий моно- ёки гемипарез (плегия) лар, менингеал белгилар кузатилади.

Офтальмологик текширувлар: Ташқи кўрув, биомикроскопия, офтальмоскопия, имкон бўлганда, айниқса дастлабки ва реабилитация босқичларида оптик когерент томография, компьютер периметриясини ўтказиш тавсия этилади. Текширув давомида офтальмолог кўрув аъзосининг ташқи кўрувини амалга ошириб, қовоқлар соҳаси, кўз олмаси ҳолати, ҳаракати, қорачиқ реакциясини баҳолаши зарур. Кўриш ўткирлиги аниқланади, биомикроскопия ва офтальмоскопия амалга оширилганда, оптик муҳитлар ва кўз туби баҳоланади. Кўрув аъзоси ҳолати ҳақида янада кўпроқ ахборот олиш мақсадида дастлабки ва реабилитация даврларида оптик когерент томография ангиография режимида ҳамда компьютер периметриясини ўтказиш тавсия этилади.

Қоннинг умумий клиник таҳлилида нейтрофилл лейкоцитози, ўртача лимфопения, камқонлик ва ЭЧТ нинг ошиши кузатилади. Қандни микдорини ошиши, коагулограммада қўрсаткичларни манфий томонга ўзгариши кузатилади. Тромбоцитопения, Д-димер, прокальцитонин, Д витамини микдори, кальций алмашуви қўрсаткичларининг патологик бузилишини кузатилади. Тромбозни ривожланишини оғирлиги даражасини ушбу таҳлилларнинг манфий қўрсаткичлари юқорилиги ҳамбарчас боғлиқ бўлади.

Бош миё компьютер томографиясида (МСКТ) бош миё тўқималари зичлигининг ортиши, гиподенсив ўчоқлар, бош миё цистерналари ва қоринчаларининг торайиши кузатилиши мумкин. Контрастли кучайтиришдан фойдаланганда, каверноз синусда қон қуйқаси кўринади.

Бош миё магнит-резонанс томографияси (МРТ) T1 режимида қон қуйқаси миё паренхимаси билан бир хил интенсивликда ва T2

режимида – гипоинтензив соҳа сифатида намоён бўлади.

Каверноз синусни тромбозини прогнозлаш ва олдини олиш: Каверноз синусни тромбозини даволашда ўз вақтида юз-жағ жаррохлари томонидан гайморотомия, орбитотомия, юқори жағни шакланган секвестрида секвестрэктомия ўтказилиши ва ЛОР шифокорлари томонидан FESS операциясини ўтказилиши ҳамда терапевтик чора-тадбирларнинг эрта бошланиши каверноз синус тромбози учун яшаш даражаси 85-90% эришиш мумкин. Бу ерда албатта қандли диабет, юрак қон томир касалликлари ва гипертоник касалликни ҳолатини инобатга олиш керак. Даволаш тадбирларини кеч бошланиши натижасида ишемик инсульт ҳолатини 50% беморда ва геморрагик инсультни 15 % беморда кузатиш мумкин. Қандли диабет касаллигини даволашда мутахассис ҳар бир бемор учун индивидуал даво тадбирини қўлаши лозим. Жаррохлик амалиётини ўтказиш учун беморнинг ҳамма қондаги умумий ва биокимёвий қўрсаткичлар меъер даражасида ёки унга яқин бўлиши керак.

Каверноз синусни тромбозини асоратлари: Каверноз синус тромбозининг асоратлари жуда кенг тарқалган. Улардан бош миёда ишемик ва геморагик инсультни шаклланиши, ҳамда шишковид безини функциясини бузилишини кузатиш мумкин. Бундан ташқари бош миёни абсцесслари, йирингли менингит, метастатик пневмония, ўпка ва жигар абсцессларини ҳам кўришимиз мумкин. Баъзи беморларда гипоталамик-гипофизар тизимининг шикастланиши билан боғлиқ эндокрин бузилишлар кузатилади. Кўр бўлиб қолиш (амавроз), кўз мушакларини фалажи (офтальмоплегия), юз нервини периферик фалажи, нейросенсор эшитмаслик ва вестибулопатия, когнитив ва психоневротик бузилишлар тромбозда кенг тарқалган асоратлар ҳисобланади.

Каверноз синусни тромбозини ўткир давридан сўнг кўп ҳолларда сурункали остеомиелит асорат сифатида шакланади. Остеомиелит 80% юқори жағда (ўсиқлари билан бирга), 20% яноқ суягида, 10% куз соққасининг чеғарасида, 5% фронтал бўшлиқни олди деворида

кузатилади. Беморни умумий ҳолатида ҳол-сизланишга, рухий эзилиш ва хамроҳ касалликларга эътибор қаратиш зарур. Беморни маҳаллий ҳолатида эса, оқма йуллерни, ёки биринчи жаррохлик даврида бўлмаган, 1-2 ой утгач ҳосил бўлган секвестр ҳолатини кузатиш мумкин.

Фойдаланилган адабиётлар

1. ВОЗ «Оказание стационарной помощи детям: руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста» Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital_care/en/, accessed 4 March 2020).

2. ВОЗ «Клиническое ведение тяжелой острой респираторной инфекции при подозрении на коронавирусную инфекцию COVID-19» Временные рекомендации 13 марта 2020 г.

3. 9-я версия временных рекомендаций предназначена для обеспечения оказания оптимальной медицинской помощи пациентам, инфицированным коронавирусной инфекцией COVID-19 – Ташкент 2021

4. Клинический протокол: Острый одонтогенный остеомиелит челюсти.

Утвержден протоколом заседания Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения № 18 МЗ РК от 19 сентября 2018 года.

5. Козлова А.В., Котельникова А.А., Дрегалкина А.А. Лекарственный (бисфосфонатный) остеонекроз челюстей. Дифференциальная диагностика с одонтогенным остеомиелитом // Актуальные вопросы

современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы

III Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов [Электронный ресурс], Екатеринбург, 3-5 апреля

2018 г. — Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2018. — Том 3. — 1029 с.

6. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. 2019 г Москва 918 стр

7. Спесак Е. М., Цымбал А.Н. Бисфосфонатные остеонекрозы челюстей: современное состояние проблемы // Казанский медицинский

журнал. — 2017 г. — Т. 98. — №1. — С. 91–95

8. Сугралиев А.Б., Plinio Cirillo//Ж. Медицина «Тромбо-воспалительный синдром при COVID-19. Место и роль антикоагулянтной терапии в лечении COVID-19» (Алматы)-№3 (213) 2020 г.]

9. Фомичев Е. В., Кирпичников М. В., Ярыгина Е. Н., Подольский В. В., Ефимова Е. В., Морозова Т. В. Современные особенности клинических проявлений одонтогенного и травматического остеомиелита ниж-

ней челюсти. Вестник Волг ГМУ. — Выпуск 1 (45) — 2013. — С. 7–11.

10.Arora R. et al. Rhino-Orbito-Cerebral Mucormycosis During the COVID-19 Second Wave in 2021—A Preliminary Report from a Single Hospital //Clinical Ophthalmology (Auckland, NZ). — 2021. — Т. 15. — С. 3505.

11.Hui, David S.; Azhar, Esam El; Madani, Tariq A.; Ntoumi, Francine; Kock, Richard; Dar, Osman; Ippolito, Giuseppe; Mchugh, Timothy D.; Memish, Ziad A. The continuing epidemic threat of novel coronaviruses to global health – the latest novel coronavirus outbreak in Wuhan, China (англ.) // International Journal of Infectious Diseases: journal. — 2020. — 14 January (vol. 91). — P. 264—266. — ISSN 1201-9712. — DOI:10.1016/j.ijid.2020.01.009.

12.Kun-Ling Shen, Yong-Hong Yang, «Updated diagnosis, treatment and prevention of COVID-19 in children: experts' consensus statement condensed version of the second edition», [...] – Global Pediatric Pulmonology Alliance, World Journal of Pediatrics volume 16, pages232–239 (2020).

13.Russell F M, Reyeburn R, Chan J, Tuivaga E, Lim R, Lai Jetal. Impact of the change in WHO's severe pneumonia case definition on hospitalized pneumonia epidemiology: case studies from six countries. Bull World Health Organ. 2019;97(6):386-93. Epub 2019/06/19. doi: 10.2471/BLT.18.223271. PubMedPMID: 31210676; PMCID: PMC6560369

14. Zhonghua Jie, He He, Hu Xi, Za Zhi. Clinical features of 2019 novel coronavirus pneumonia in the early stage from a fever clinic in Beijing. Article in Chinese; Abstract available in Chinese from the publisher.

15. Vinay K., Rudramurthy S. M., Dogra S. Emergence of Mucormycosis during COVID-19 pandemic and dermatological manifestations // Indian Dermatology Online Journal. – 2021. – Т. 12. – №. 4. – С. 493.

16. Palou E. Y. et al. COVID-19 associated rhino-orbital mucormycosis complicated by gangrenous and bone necrosis—a case report from Honduras // Vaccines. – 2021. – Т. 9. – №. 8. – С. 826.

Аннотация: COVID-19 Коронавирус инфекцияси бўлган беморларда ғорсимон бўшлиқнинг тромбозини (cavernous sinus thrombosis) шаклланиши ва клиник кўринишини ўз вақтида аниқлаш ва ташхислашдан иборат булди. Юқори жағнинг зарарланиши натижасида остеомиелитдан кейин ғорсимон бўшлиқнинг тромбозини этиопатогенези, клиник белгилари, ташхислаш, тадбирлари ёритилиб берилган. Офтальмолог, невропатолог, ЛОР шифокорларини беморни куришда қатнашиши ва улар томондан клиник белгилар ёритилиб берилган.

Калит сўзлар: юз-жағ жаррохлиги, тиббиёт, стоматология.

Аннотация: Статья заключается в своевременном выявлении и диагностике у пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19 тромбоза кавернозной полости (тромбоза кавернозного синуса) и клинических проявлений. Освещены этиопатогенез, клинические признаки, диагностика, меры профилактики тромбоза пещеристой пазухи полости после остеомиелита в результате повреждения верхней челюсти. В лечении пациента участвуют офтальмолог, невропатолог, ЛОР-врачи, и клинические признаки освещены с их стороны.

Ключевые слова: челюстно-лицевая хирургия, медицина, стоматология.

Summary: in patients with covid-19 coronavirus infection, an buldi consists of timely detection and diagnosis of thrombosis of the cavernous cavity (cavernous sinus thrombosis) and clinical manifestations. Etiopathogenesis, clinical signs, diagnosis, measures of thrombosis of the cave cavity after osteomyelitis as a result of damage to the upper jaw are highlighted. Ophthalmologist, nervpatologist, otolaringolog doctors participate in the patient's treatment, and clinical signs are illuminated from their side.

Keywords: face-jawedness, medicine, dentistry.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

УДК: 616-089.23

A COMPLETE SET OF REMOVABLE DENTURES THAT ARE AFFIXED TO MINI IMPLANTS FOR ORTHOPAEDIC TREATMENT



Xojimurodov B.R.

Samarkand state medical university

When using a complete detachable prosthesis, masticatory pressure is conveyed via the artificial teeth to the prosthesis base, subsequently transferring to the underlying mucous membrane, periosteum, and osseous tissue. Partial removable plate dentures are significantly disadvantaged by this mode of mastic pressure transmission, as the oral mucosa lacks the morphological structures neces-

teum, and osseous tissue. Partial removable plate dentures are significantly disadvantaged by this mode of mastic pressure transmission, as the oral mucosa lacks the morphological structures neces-