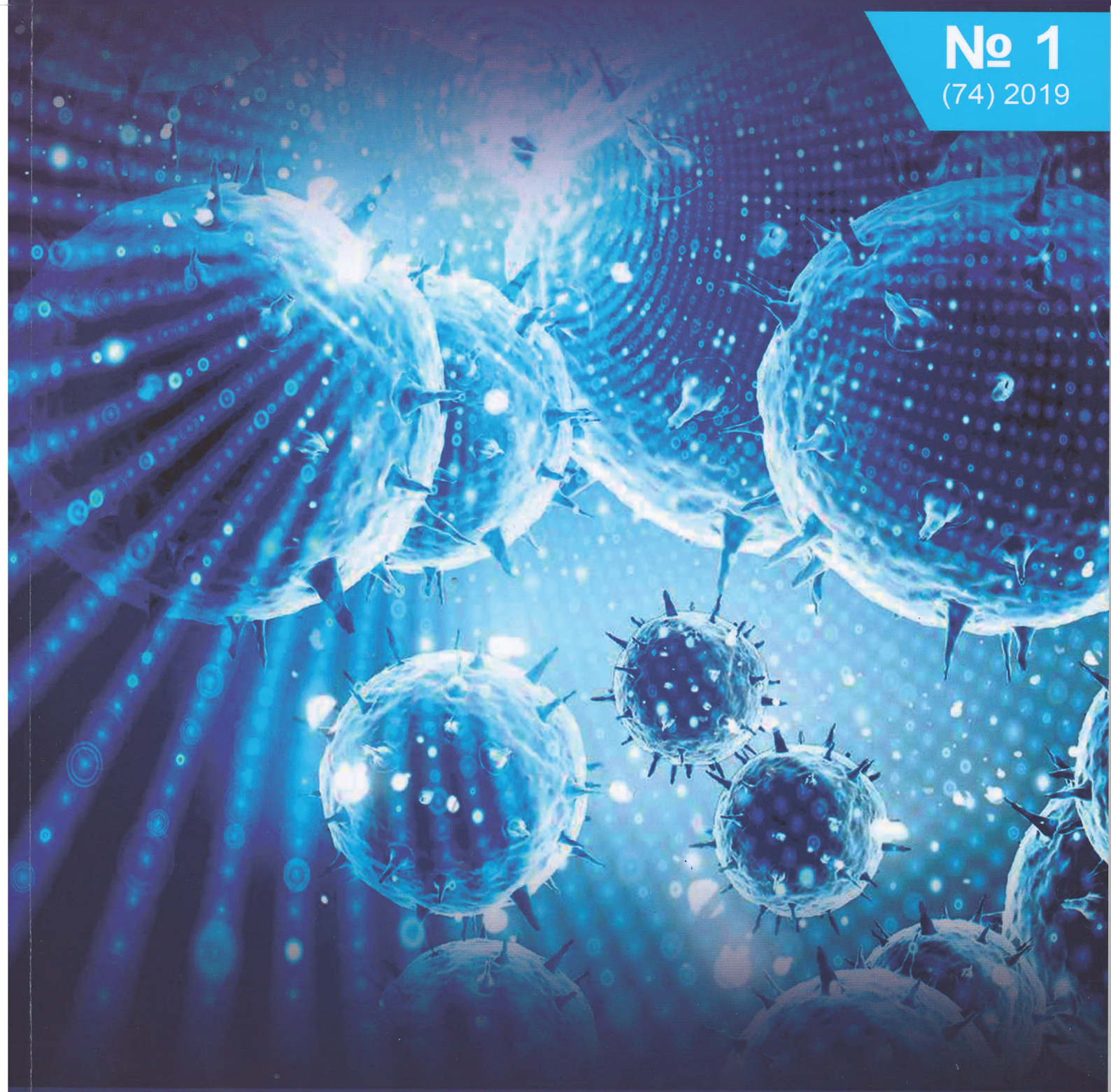


STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2091-5845

№ 1
(74) 2019



К диагностике
и лечению
кератокист
челюстных
костей

The role of studying
local immunity
in children with
congenital cleft
lip and palate

Балогат ёшидаги
қизларда сурункали
тонзиллитни
комплекс даволашни
такомиллаштириш



ISSN 2091-5845

Ўзбекистон Стоматологлар Ассоциацияси

«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, 2019 (74)

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ЖУРНАЛ

Бош муҳаррир: Ж.А. Ризаев, т.ф.д., проф.
Бош муҳаррир муовини: Р.Н. Нигматов, т.ф.д., проф.
Масъул котиб: У.Ю. Мусаев, т.ф.н.

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.
Алимов А.С., т.ф.д., проф.
Алимова Р.Г., т.ф.д., проф.
Амануллаев Р.А., т.ф.д., проф.
Бекжанова О.Е., т.ф.д., проф.
Ғафоров С.А., т.ф.д., проф.
Гасюк П.А., проф. (Украина)
Дустмухамедов М.З., т.ф.д., проф.
Жилонов А.А., т.ф.д., проф.
Ирсалиев Х.И., т.ф.д., проф.
Кисельникова Л.П., т.ф.д., проф. (Россия)
Клёмин В.А., т.ф.д., проф. (Украина)
Комилов Х.П., т.ф.д, проф.
Лукина Г.И., т.ф.д. (Россия)
Максимовская Л.Н., т.ф.д., проф. (Россия)
Мамедов А.А., т.ф.д., проф. (Россия)
Махсудов С.Н., т.ф.д., проф.
Мухамедов И.М., т.ф.д., проф.
Пернибаев Г.Ж., т.ф.д., проф. (Қозоғистон)
Поройский С.В., т.ф.д., (Россия)
Хабилов Н.Л., т.ф.д., проф.
Хасанов А.И., т.ф.д. доц.
Юлдошев И.М., т.ф.д., проф. (Қирғизистон)
Якубов Р.К., т.ф.д., проф.

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ

Абдукодиров А.А., т.ф.д., проф.
Алиева Р.К., т.ф.д., проф. (Озорбайжон)
Боймуродов Ш.А., т.ф.д., проф.
Есенбаева С. С., т.ф.д, проф. (Қозоғистон)
Ғуломов С.С., т.ф.д, проф.
Исмоилов М.М. (Фарғона)
Иноятлов А.Ш. (Бухоро)
Қосимов А.М. (Наманган)
Қурбонوف Ф.Р. (Хоразм)
Норбутаев А.Б. (Самарқанд)
Тулаганов Б.О. (Тошкент вилояти)
Узакбергганова У.А. (Нукус)
Усмонов Р.Р. (Андижон)
Хасанова Л.Э., т.ф.д. (Тошкент)
Худанов Б.О., т.ф.д. (Тошкент)
Шокиров Ш.Т., т.ф.д. (Тошкент)
Юлдашев А.А., т.ф.д. (Тошкент)

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси
ҳузуридаги Олий аттестация комиссияси (ОАК)
қарорига асосан «Stomatologiya» журнали Фан
доктори илмий даражасига талабгорларнинг
диссертация ишлари илмий натижалари юза-
сидан илмий мақолалар эълон қилиниши лозим
бўлган республика илмий журналлари рўйхати-
га киритилган (ОАК Раёсатининг 2013 йил 30 де-
кабрдаги 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: TSDI.uz.

Дизайнер ва компьютерда терувчи:

Е. Н. Алексеев

Муҳаррир О.А.Козлова

Баҳоси келишилган нархда.

Рекламани чоп қилиш ҳақ тўлаш йўли билан
амалга оширилади. Реклама матнининг тўғрили-
ги бўйича жавобгарлик реклама берувчи. Қўлёз-
малар, суратлар ва расмлар тақриз қилинмайди
ҳамда эгасига қайтарилмайди. Келтирувчи фак-
тларнинг тўғрилиги, рақамли материалларнинг
аниқлиги, препаратларнинг номлари, атамалар,
илмий-адабий манбалар, исм ва фамилияларнинг
тўғрилиги учун жавобгарлик муаллифларнинг
ҳамда таҳририят ҳайъатининг зиммасидадир.

Формат 60x84 1/8, усл. печ. л. 11. Заказ №
Тираж 1 500 экз.

Дата подписания в печать 24.04.2019 й.
Отпечатано в ООО «Credo print group»,
г. Ташкент, ул. Богишамол, 160.

Ассоциация Стоматологов Узбекистана

«Stomatologiya» – научно-практический журнал.
Основан в 1998 году.

Зарегистрирован повторно Агентством печати и информации Республики Узбекистан
15 августа 2007 г. Свидетельство № 0289.

Решением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Кабинете Министров Республики Узбекистан журнал «Stomatologiya» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Республике Узбекистан, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора наук (Утверждено Постановлением Президиума ВАК РУз. № 201/3 от 30 декабря 2013 года).

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

100048, Республика Узбекистан,
г. Ташкент, ул. Махтумкули, 103
тел.: +99871-236-26-75;
факс: +99871-230-47-58
Адрес в Интернете: TSDI.uz.

Дизайн, компьютерный набор и верстка
Е.Н. Алексеев
Редактор О.А. Козлова
Цена журнала договорная.

Публикация рекламы на коммерческой основе. За правильность рекламного текста ответственность несет рекламодатель. Рекламодатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу незарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения. Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются. Авторы несут ответственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имён и фамилий.

Формат 60x84 1/8, усл. печ. л. 11. Заказ №
Тираж 1 500 экз.

Дата подписания в печать 24.04.2019 г.
Отпечатано в ООО «Credo print group»,
г. Ташкент, ул. Богишамол, 160.

STOMATOLOGIYA

№ 1, 2019 (74)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Главный редактор Ж.А. Ризаев, д.м.н., проф.
Зам. гл. редактора Р.Н. Нигматов, д.м.н., проф.
Ответственный секретарь У.Ю. Мусаев

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ando Masatoshi (США)
Baek il Kim (Южная Корея)
Daisuke Inaba (Япония)
Elbert de Josselin de long (Голландия)
Jin Young Choi (Южная Корея)
Peter Botenberg (Бельгия)
Абдуллаев Ш.Ю., д.м.н., проф.
Азимов М.И., д.м.н., проф.
Алимов А.С., д.м.н., проф.
Алимова Р.Г., д.м.н., проф.
Амануллаев Р.А., д.м.н., проф.
Бекжанова О.Е., д.м.н., проф.
Гаффаров С.А., д.м.н., проф.
Гасюк П.А., проф. (Украина)
Дустмухамедов М.З., д.м.н., проф.
Жилонов А.А., д.м.н., проф.
Ирсалиев Х.И., д.м.н., проф.
Клёмин В.А., д.м.н., проф. (Украина)
Кисельникова Л.П., д.м.н., проф. (Россия)
Комилов Х.П., д.м.н., проф.
Лукина Г.И., д.м.н., (Россия)
Максимовская Л.Н., д.м.н., проф. (Россия)
Мамедов А.А., д.м.н., проф. (Россия)
Махсудов С.Н., д.м.н., проф.
Мухамедов И.М., д.м.н., проф.
Пернибаев Г.Ж., д.м.н., проф. (Казахстан)
Поройский С.В., д.м.н., (Россия)
Хабилов Н.Л., д.м.н., проф.
Хасанов А.И., д.м.н., доц.
Юлдошев И.М., д.м.н., проф. (Кыргызстан)
Якубов Р.К., д.м.н., проф.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абдукодиров А.А., д.м.н., проф.
Алиева Р.К., д.м.н., проф. (Азербайджан)
Боймуродов Ш.А., д.м.н., проф.
Есенбаева С. С., д.м.н., проф. (Казахстан)
Гуломов С.С., д.м.н., проф.
Исмоилов М.М. (Фергана)
Иноятлов А.Ш. (Бухара)
Қосимов А.М. (Наманган)
Курбонов Ф.Р. (Хорезм)
Норбутаев А.Б. (Самарканд)
Тулаганов Б.О. (Ташкентская обл.)
Узакбергганова У.А. (Нукус)
Усмонов Р.Р. (Андижан)
Хасанова Л.Э., д.м.н., (Ташкент)
Худанов Б.О., д.м.н., (Ташкент)
Шокиров Ш.Т., д.м.н., (Ташкент)
Юлдашев А.А., д.м.н., (Ташкент)

Содержание

Content

ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИСТОРИЯ	
Тугма аномалияларнинг болалар орасида тарқалиши <i>Ризаев Ж.А., Нурмаматова Қ.Ч., Исмаилов С.И., Дусмухамедов Д.М., Мирзарахимова К.Р.</i>	
Значение ночных дежурств в приобретении практических навыков студентами стоматологического факультета <i>Убайдуллаев М.Б., Мирсаева Ф.З., Сулейманов А.М., Хамматов А.Н.</i>	
Тиш пасталари таркибидаги эркин фтор ионлари концентрациясининг кариес профилактик самарадорлиги <i>Худанов Б.О., Халилов И.Х., Мухамедова М.С., Тўраев К.И., Абдурахимова Ф.А., Ахмедов А.А.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ	
Алгоритм амбулаторной подготовки пациентов к ортогнатическим операциям с междисциплинарным участием <i>Абдукадыров А.А., Курбанов Ф.Р., Мухамидиева Ф.Ш.</i>	
К диагностике и лечению кератокист челюстных костей <i>Дадамов А.Д., Байходжаева Э.Б.</i>	
Преимущества двухэтапной имплантации с применением пьезоинструментов для костного расщепления и аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами <i>Садикова Х.К., Махкамов Б.М., Абдувалиев Н.А., Мамурбоева М.Б., Исомов М.М.</i>	
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ	
Преимущества и недостатки съемных и несъемных конструкций из термопластов <i>Тиллаходжаева М.М., Акбаров А.Н.</i>	
ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ	
Перекисное окисление и антиоксидантная система организма при эксфолиативном хейлите <i>Астанакулова М.М., Бекжанова О.Е.</i>	
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА	
Пути оптимизации хирургического лечения больных с вторичными деформациями верхней губы после односторонней хейлопластики <i>Дусмухамедов М.З., Болтахаджаева Л.М., Дусмухамедов Д.М., Бобоназаров Н.Х.</i>	
Оценка эффективности препарата Лоробен в комплексном лечении ювенильного гингивита <i>Муртазаев С.С., Кучкарова М.К.</i>	

ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY AND HISTORY	
The distribution of congenital anomalies among children <i>Rizaev JA, Nurmatova Q., Dusmukhamedov D.M., Mirzaraximova K.R.</i>	6
The value of night duty in the acquisition of practical skills by students of the dental faculty <i>Ubaidullaev M.B., Mirsaeva F.Z., Suleymanov A.M., Khammatov A.N.</i>	9
Preventive activity of caries in concentration of free fluorine ions in toothpaste <i>Xudanov B.O., Halilov I.X., Mukhamedova MS, Turayev K.I., Abdurakhimova F.A., Ahmedov A.A.</i>	11
SURGICAL DENTISTRY	
Algorithm of outpatient preparation of patients for orthognathic operations with interdisciplinary participation <i>Abdukadyrov A.A., Kurbanov F.R., Mukhamidieva F.Sh.</i>	14
To the diagnosis and treatment of jaw bone keratocysts <i>Dadamov A.D., Bayhodzhaeva E.B.</i>	19
The advantages of two-stage implantation using piezo-instruments for bone splitting and autogenous blood plasma enriched with platelets <i>Sadikova H.K., Mahkamov B.M., Abduvaliev N.A., Mamurboeva M.B., Isomov M.M.</i>	24
ORTHOPEDIC DENTISTRY	
Advantages and disadvantages of removable and fixed thermoplastic structures <i>Tillakhodzhaeva M.M., Akbarov A.N.</i>	28
THERAPEUTIC DENTISTRY	
Peroxidation and antioxidant system of the body during exfoliative cheilitis <i>Astanakulova M.M., Bekzhanova O.E.</i>	31
CHILDREN'S DENTISTRY	
Ways to optimize the surgical treatment of patients with secondary deformities of the upper lip after unilateral cheiloplasty <i>Dzmukhamedov M.Z., Boltakhadzhaeva L.M., Dusmukhamedov D.M., Bobonazarov N.X.</i>	34
Evaluation of the effectiveness of the drug Loroben in the complex treatment of juvenile gingivitis <i>Murtazaev S.S., Kuchkarova M.K.</i>	37

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ
Современные представления о комплексном лечении детей с врождёнными расщелинами верхней губы и неба после уранопластики <i>Икромов Г.А., Кулдашев А.А.</i>
Альвеолопластика при врожденной расщелине губы и неба <i>Юлдашев А.А., Назарова Н.А.</i>
The role of studying local immunity in children with congenital cleft lip and palate <i>Amanullaev R.A., Ikramov G.A., Shomurodov E.T.</i>
Современные подходы к лечению эксфолиативного хейлитиса <i>Астанакулова М.М., Бекжанова О.Е.</i>
Современное состояние профилактики стоматологической заболеваемости <i>Нармахматов Б.Т., Жилонов А.А., Исаков Э.З.</i>
Болаларда тиш-жағ тизими нуқсонлари ва соматик касалликлар орасида боғлиқликнинг илмий асослари <i>Олимов С.Ш., Гаффаров С.А.</i>
Паркинсонизм: таснифи, клиникаси ва медикаментоз даволаш асослари <i>Ризаев Ж.А., Раимова М.М., Бобоев Қ.К., Абдуллаева М.Б.</i>
Рентгенодиагностика как современный метод диагностики в стоматологии <i>Ризаев Ж.А., Васильев А.Ю., Гайбуллаев Э.А.</i>
ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ
Балогат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллитни комплекс даволашни такомиллаштириш <i>Карабаев Х.Э., Алимжонова К.Х.</i>
Оценка эффективности местного аэрозольного антибиотика при лечении обострения хронического гайморита <i>Шамсиев Д.Ф., Исмоилов И.И., Чакканова М.Б., Каримов О.М., Соатов С.М.</i>
Основные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями орорфарингеальной области в республике Узбекистан <i>Ганиев А.А., Абдикхакимов А.Н., Халматова М.А., Абдурахмонов С.З.</i>
Изучение антимикробной активности некоторых лекарственных препаратов и ультразвука <i>Махсумова И.Ш., Мухамедов И.М., Махсумова С.С.</i>
Течение стоматологических заболеваний у беременных женщин на фоне дефицитной анемии <i>Косимов М., Вохидов А.В., Бурхонов С.Б.</i>
ИНФОРМАЦИЯ
К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

REVIEWS	
Modern ideas about the complex treatment of children with congenital clefts of the upper lip and palate after uranoplasty <i>Ikramov G.A., Kuldashev A.A.</i>	40
Alveoloplasty with congenital cleft lip and palate <i>Yuldashev A.A., Nazarova N.A.</i>	44
The role of studying local immunity in children with congenital cleft lip and palate <i>Amanullaev R.A., Ikramov G.A., Shomurodov E.T.</i>	49
Current approaches to the treatment of exfoliative cheilitis <i>Astanakulova M.M., Bekzhanova O.E.</i>	52
The current state of the prevention of dental morbidity <i>Narmakhmatov B.T., Zhilonov A.A., Isakov E.Z.</i>	57
The scientific basis of the link between teeth-jaw disorders and somatic diseases in children <i>Olimov, S.Sh., Gafforov S.A.</i>	60
Parkinsonism: classification, clinic and basics of medical practice <i>Rizaev JA, Raimova M. M., Boboev Q.K., Abdullaeva M.B.</i>	64
Diagnostics and stomatology of radiodiagnostic method <i>Rizaev J.A., Vasilev A.Y., Gaybullaev E.A.</i>	67
PROBLEMS OF RELATED SPECIALTIES	
Improvement of complex treatment of chronic tonsillitis in girls of the Balogat age <i>Karabaev X.E., Alimjonova K.X.</i>	72
Evaluation of the effectiveness of local aerosol antibiotic in the treatment of exacerbation of chronic antritis <i>Shamsiev D.F., Ismoilov I.I., Chakkanova M.B., Karimov O.M., Soatov S.M.</i>	75
The main indicators of the incidence of malignant neoplasms of the oropharyngeal region in the Republic of Uzbekistan <i>Ganiev A.A., Abdikhakimov A.N., Khalmatova M.A., Abdurahmonov S.Z.</i>	78
Study of the antimicrobial activity of certain drugs and ultrasound <i>Makhsumova I.Sh., Mukhamedov I.M., Makhsumova S.S.</i>	82
The course of dental diseases in pregnant women against the background of deficiency anemia <i>Kosimov M., Vohidov A.V., Burkhonov S.B.</i>	84
INFORMATION	
INFORMATION OF AUTHORS	88



**Уважаемые читатели,
дорогие коллеги!**

Поздравляю вас с праздником Навруз, – желаю вам мира, процветания, профессионального роста и, конечно же, крепкого здоровья.

В наступившем году мы намерены продолжить нашу деятельность в рамках концепции «О мерах по дальнейшей реализации Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах», утвержденной Указом Президента Республики Узбекистан от 7 февраля 2017, – мы намерены неуклонно повышать качество и эффективность преподавательской деятельности, базируясь на внедрении международных

стандартов обучения и оценки качества преподавания. Мы продолжим курс дальнейшего совершенствования системы непрерывного образования, повышение доступности качественных образовательных услуг, подготовки высококвалифицированных кадров, повышение уровня практических навыков и знаний врачей.

Одним из важнейших элементов реализации декларируемых действия является III международный конгресс стоматологов, который пройдет в Ташкенте в мае этого года. Конгресс посвящен поиску решения задач, стоящих перед отечественной и мировой стоматологией.

Теперь о журнале: как всегда, широко и полно представлена на страницах журнала наука. Научно-исследовательские материалы, в частности, посвящены рассмотрению вопросов дифференциальной диагностики кератокист с амелобластомой и другими одонтогенными кистами челюстных костей, поиску способов повышения эффективности лечения пациентов при проведении отсроченной двухэтапной имплантации с использованием аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, оценка современного состояния профилактики стоматологической заболеваемости и многое другое.

Эти и другие материалы журнала охватывают широкий спектр отраслей и представляют интерес для специалистов самых разных профилей стоматологической науки.

с уважением, **Ж.А. Ризаев,,**
главный редактор журнала «Stomatologiya»

УДК: 616-053.3-007 (575.1)
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-9>

ТУҒМА АНОМАЛИЯЛАРНИНГ БОЛАЛАР ОРАСИДА ТАРҚАЛИШИ

(Тошкент шаҳри материаллари асосида)



**Ризаев Ж.А., Нурматова
Қ.Ч., Исмаилов С.И.,
Дусмухамедов Д.М., Мирзарахимова К.Р.**

*Тошкент давлат стоматология институти
Жамоат саломатлиги, соғлиқни сақлашни
бошқариши ва жисмоний маданият кафедраси*

Аннотация

Врожденные аномалии у детей является важнейшей медико-социальной проблемой в здравоохранении. Многие из детей с пороками развития умирают в первые месяцы и годы жизни, а большинство оставшихся в живых нуждаются в постоянной медицинской и социальной помощи.

Ключевые слова: дети, врожденные аномалии и пороки развития, медицинская и социальная помощь.

Annotation

Congenital anomalies in children is the most important medical and social problem in health care. Many of the children with developmental disabilities die in the first months and years of life, and most of the survivors are in need of constant medical and social assistance.

Давлат статистика қўмитаси маълумотларига кўра, Республикамизда 2017 йилда болалар касалликлари структурасида туғма аномалияларнинг салмоғи куйидагича: болалар умумий касалланишининг 0,31%ни, бирламчи болалар касалланишининг

0,07%ни, 1 ёшгача болалар умумий касалланишининг 0,6%ни, 5 ёшгача эса 0,4%ини ташкил қилади.

1 жадвалга кўра Республикамизда аҳоли орасида туғма аномалияларнинг динамикасини кўриб чиқсак, у 2014 йилга нисбатан бирмунча пасайган, жумладан 2017 йилда 100 000 аҳолига 52,4 ни ташкил этган бўлса, 2019 йилга келиб 48,5 ни ташкил этган. Тошкент шаҳрида эса 2017 йилга нисбатан 2019 йилда 12,2%га камайганлиги қайд қилинган (тегишли равишда 100000 аҳолига 104,4 ва 91,8).

Республикамизда болалар саломатлигини мустаҳкамлаш ва муҳофазалаш борасидаги эришилган ютуқларга қарамадан, улар касалланиши, ногиронлиги ва ўлими структурасида етакчи ўринни туғма аномалиялар (ривожланиш нуқсонлари) эгаллайди. Туғма аномалиялар (ривожланиш нуқсонлари) муҳим тиббий ва ижтимоий муаммолардан бири бўлиб, ривожланиш нуқсони билан туғилган бир қанча болалар ҳаётининг биринчи ойларида нобуд бўлади, қолганлари эса доимий ёрдамга (тиббий ва ижтимоий) муҳтож бўладилар [5].

Турли муаллифлар фикрига кўра, туғма аномалиялар болалар барча касалликлари ва ногиронлигининг 20%ини, болалар ўлимининг 15-20% ташкил этади [1,3,6]. Турли ҳудудларда ўтказилган тадқиқот натижалари ҳудудлар бўйича туғма аномалияларнинг тарқалганлиги бир текис эмаслигини кўрсатди, яъни у 1000 та тирик туғилган болага – 8,5дан 16,8гачани ташкил этди [1,2,4].

Ишнинг мақсади: Тошкент шаҳрида болалар касалланиши, ногиронлиги ва ўлими сабаблари ичида туғма аномалияларнинг структура ва даражасини ўрганиш.

Материал ва усуллар

Болалар касалланишларини ўрганиш учун Тошкент шаҳридаги 4 туман: Чилонзор, Яккасарой, Олмазор, Шайхонтоҳур туманлари ва ҳар бир тумандан биттадан поликлиника 39-, 23-, 18-, 44-поликлиникалар “қуш уяси-уялаб танлаш” усулида танлаб олиниб, уларга бириктирилган ва 1150та болани (590та ўғил ва 560та қиз бола) туғилгандан, то улар 3 ёшга тўлгунча қадар динамикада саломатлигини кузатиш орқали ўргандик. Биз касалланишларни болалар ўлимининг халқаро қабул қилинган қуйидаги ёшлар тизимига биноан улар ҳаётининг биринчи йили даврларини: 0-2 (ҳаётининг биринчи ойини алоҳида кўрсатилган ҳолда), 3-5 ой, 6-8 ой ва 9-11 ойларига кўра таҳлил қилдик.

1 жадвал. Туғма аномалияларнинг 2014-2017 йиллар бўйича Републикамиз ва Тошкент шаҳрида тарқалганлиги

	Жами				100000 аҳолига			
	2014	2015	2016	2017	2014	2015	2016	2017
Ўзбекистон Республикаси	14539	15780	14402	14438	52,4	55,2	49,1	48,5
Тошкент шаҳри	2317	2525	2335	2135	104,4	111,5	101,4	91,8

Болалар касалланишларини ўрганиш манбалари бўлиб куйидаги бирламчи қайд - ҳисобот ҳужжатлари олинди: боланинг ривожланиш тарихи (112-ш), алмашинув харитаси (113-ш), стационар беморлар картаси (003/ш). Олинган маълумотлар махсус ишлаб чиқилган “Эрта ёшдаги болаларнинг касалланиши ва тиббий хизмат кўрсатиш ҳолатини ўрганиш харитаси”га ёзиб борилди.

Болалар ногиронлигини Тошкент шаҳрининг Шайхонтохур, Олмазор, Чилонзор ва Мирзо Улуғбек туманларида ногирон болаларни ёппасига динамикада кузатиш орқали ўргандик. Давлат статистикаси кўмитасидан олинган маълумотлар махсус “Ногиронлик сабаблари, динамика ва даражасини ўрганишни рўйхатга олиш” журнаliga кўчириб ёздик. 2010 - 2016 йилларда ногирон болалар сони ўртача 5131дан 6500тагачани ташкил этди.

Болалар ўлимини айрим ёш гуруҳлари ва жинслар бўйича даражасининг қонуниятлари, сабабларини ўрганиш ва таққослаш учун битта календар йилида олинган маълумотлар репрезентатив, ишончли маълумотларни бермаслигини эътиборга олган ҳолда биз тадқиқотнинг учинчи босқичида эрта ёшдаги болаларнинг ўлими, ўлим сабабларини Тошкент шаҳрида 2014-2017 йилларда 3 ёшгача ўлган (жами 2041та) болаларни ёппасига кузатиш орқали ўргандик. Уч ёшгача ўлган болалар ҳақидаги маълумотларни ўрганиш манбалари бўлиб куйидаги бирламчи қайд ҳисобот ҳужжатлари: перинатал ўлим ҳақидаги врачлик гувоҳномаси (106-2/ш), ўлим ҳақидаги врачлик гувоҳномаси (106ш), ўлим ҳақида қайд этилган далолатнома, чакалоқнинг ривожланиш тарихи (112ш), паталогоанатомик ёришлар қайд этилган журнал (013-1/ш) ва баённома, шунингдек шаҳар ва ФХДЁ (ЗАГС) материаллари ва Тошкент шаҳар статистика кўмитаси маълумотларидан фойдаланилди.

Ҳар бир ўлим ҳолати сабабларига аниқлик киритиш учун эксперт таҳлили ўтказилди, шундан сўнг ўлган болалар ҳақидаги маълумотлар махсус ишлаб чиқилган “Эрта ёшдаги болалар ўлими сабабларини ўрганиш картасига” қайд этилди.

Натижа муҳокамаси

Туғма аномалияларинг 1 ёшгача бўлган болалар орасида тарқалганлик даражаси 251,5%тани ташкил этди. 0-2 ойлик чакалоқлар ўртасида туғма аномалияларнинг тарқалиши мазкур ёшдаги ҳар 1000 та болага 137,0ни ташкил этди. Бу синф касалликлари 0-2 ойлик даврида касалланиш юқорилиги учун бир ёшгача бўлган болалар касалланишлари орасида етакчилик қилди. Чакалоқлар туғма ривожланиш нуқсонлари орасида биринчи ўринни таянч аппарати аъзоларининг аномалиялари эгаллаган бўлиб, улардан энг кўп учрайдигани чанок-тос бўғимининг дисплазияси ва туғма бўйин қийшиқлигидир. Бизнинг маълумотларга кўра 1 ёшли болалар орасида чанок сон бўғимининг дисплазияси 125,5%, туғма бўйин

қийшиқлиги 57,3%, чанок сон бўғимининг туғма чиқиши эса ҳар 1000 нафар болага 6,2ни ташкил қилди. Бу синф касалликлари орасида туғма бўйин қийшиқлиги ва чанок - сон бўғимининг туғма чиқиши ўғил болаларга нисбатан қизларда 1,3 марта кўп қайд қилинди (2 жадвал).

2 жадвал. 3 ёшгача болаларнинг туғма аномалиялардан касалланиш даражаси (мазкур ёшдаги 1000 болага нисбатан)

Касалликлар нозологияси	Ёш		
	1 ёш	2-ёш	3-ёш
Туғма нуқсонлар	251,5	63,5	11,2
қон айланиш тизими нуқсонлари	7,4	-	1,63
туғма юрак нуқсони	31,1	2,8	-
туғма бўйин қийшиқлиги	57,3	6,59	-
чанок сон суягининг туғма чиқиши	6,2	-	3,53
чанок сон суягининг дисплазияси	125,5	30,1	-
бошқалар	23,6	24,0	6,04

Болалар ногиронлиги сабаблари орасида асаб тизими касалликлари ва туғма аномалиялар устунлик қилиб, барча болалар ногиронлигинг 60% ана шу 2 синф касалликларга тўғри келади.

Туғма аномалиялар (ривожланиш нуқсонлари) болалар ногиронлиги сабаблари орасида 21,0%ни ташкил этиб, 2 ўринни эгаллайди. Тошкент шаҳрида тарқалганлик даражаси 21,2% **га, жумладан ўғил болаларда бу кўрсаткич 24,1, қиз болаларда эса 23,9% тенглиги қайд қилинди.** Болалар ноги-

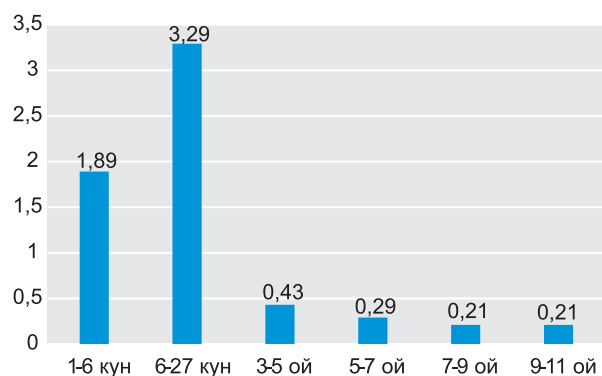
3 жадвал. Туғма аномалиялардан болалар ногиронлиги даражаси (100 минг болага)

Касалликлар нозологияси	Ёш					Жами
	0-2	3-4	5-6	7-14	15-16	
XVI. Туғма аномалиялар (ривожланиш нуқсонлари)	48,6	27,1	24,7	15,2	11,3	21,2
Микроцефалия	4,9	2,9	5,2	1,2	0,6	2,2
Туғма юрак нуқсони	5,5	2,9	1,5	1,6	1,9	2,3
Кўз ва қулоқ туғма аномалиялари	2,5		4,5	2,9	1,3	2,5
Лаб ва танглайнинг тўлиқ битмаслиги (куён лаб, бўри танглай)	9,8	3,7	2,2	1,9	2,5	3,1
Сон суягининг туғма чиқиши	17,8	11,0	2,2	2,3	1,9	5,3
Товоннинг туғма деформацияси	1,2	1,5	1,5	1,3		1,2
Даун синдроми хромосом касалликлар	3,7	3,7	3,0	2,9	1,9	3,0
Бошқа туғма аномалиялар	3,1	1,5	4,5	1,0	1,3	1,7

ронлигига олиб келувчи туғма аномалиялар структураси жадвалда келтирилган. Унга кўра етакчи ўринларни сон суягининг туғма чиқиши (5,3) лаб ва танглайнинг тўлиқ битмаслиги (куён лаб), (бўри танглай) (3,1), Даун синдроми ва хромосом касалликлар (3,0), кўз ва қулоқнинг туғма аномалиялари (2,5), микроцефалиялар (2,2), туғма юрак нуқсонлари (2,3) эгаллайди.

Бу касалликлар бола туғилгандан то 4 ёшгача қайд қилинган, қулоқ ва кўз аномалиялари эса болаларнинг 5-7 ёшларида ҳам аниқланиши кузатишган. Шунини алоҳида таъкидлаш керакки, туғма сон чиқиши, микроцефалия, лаб ва танглайнинг тўлиқ битмаслиги (куён лаб), (бўри танглай) қиз болаларда кўпроқ қайд қилинган бўлса, кўз ва қулоқ аномалиялари, туғма юрак нуқсони, Даун синдроми ва хромосом касалликлар ўғил болаларда кўпроқ учраши кузатишган..

Соғлиқни сақлаш муассасаларининг гўдаклар ўлимини пасайтириш борасидаги амалий фаолияти учун гўдаклар ўлимини сабаблари таҳлили катта аҳамиятга эга. Бунда етакчи ўринда турган асосий сабаблар гуруҳини аниқлаш зарур. 1 ёшгача бўлган болалар ўлими сабабларида нафас олиш аъзолари касалликлари (30,3%), перинатал даврдаги алоҳида ҳолатлар (29,8%) ва туғма аномалияларнинг (26,5%) салмоғи катта. Бу синф касалликлиридан ўлим ҳолатлари барча гўдаклар ўлимининг 86,6%ни ташкил қилди. Бола ҳаётининг биринчи кунлари, биринчи ҳафталари ва биринчи ойларида ўлим сабаблари бир мунча фарқ қилганлиги сабабли уларни алоҳида таҳлил қилдик (расм).



Расм. Туғма аномалиялардан гўдаклар ўлими даражаси

Бола ҳаётининг биринчи кунларида ва биринчи ҳафтасида етакчи ўринда туғма аномалиялар устунлик қилади ва бутун шу ёшдаги гўдаклар ўлимининг 65% улушига тўғри келади. 1-6 кундаги (1,89%) болалар ўлими 7-27 (0,92%) кундагига қараганда 2 баробар кўп эканлиги қайд қилинди. Биринчи ойда 0-27 кунда ўлган чақалоклар орасида бу кўрсаткич 3,29%ни ташкил қилди. Бу асосан кўплаб ривожла-

ниш нуқсонлари, асаб тизими нуқсонлари ва туғма юрак нуқсони ҳисобига юз беради.

Бола ҳаётининг 2-4 ҳафтасидан туғма аномалиялар (25,9%) бу ёшдаги болалар ўлим сабабларида иккинчи ўринни эгаллайди. Шунини алоҳида таъкидлаш керакки, бола ҳаётининг биринчи ҳафтаси тўртинчи ҳафтасига қараганда туғма аномалиялардан ўлим даражаси 2 баробар юқори.

Бола ҳаётининг иккинчи ойидан бошлаб туғма аномалиялар учинчи ўринга тушади ва у гўдаклар ўлими структурасида ҳам 3 ўринни эгаллайди

Шундай қилиб, олинган натижалар шунини кўрсатдики, туғма аномалияларнинг олдини олиш ҳозирги замон соғлиқни сақлашнинг муҳим вазифаларидан бири ҳисобланади. Бу вазифани ечиш учун соматик касаллиги бор аёлларга алоҳида эътибор бериш, ҳомилани эрта аниқлаш ва рўйхатга олиш, оилавий поликлиникалар, қишлоқ врачлик пунктлари ва туғруқ комплексларида ҳомилдорларга кўрсатилаётган тиббий хизмат сифатини яхшилаш, никоҳдан ўтаётган шахсларни тиббий кўрикдан ўтказиш муҳимдир. Шунингдек туғруқхона, поликлиника (қишлоқ врачлик пунктлари) ва диагностик марказларининг ўзаро боғлиқ ишлашини таъминлаш мақсадга мувофиқдир.

Адабиётлар

1. Антонов О.В. Научные, методические и организационные подходы к профилактике врожденных пороков развития у детей: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – Омск, 2007. – 32 с.
2. Асадов Д.А., Шарипова М.К. Значимость экономических потерь от инвалидности с детства и пути оптимизации медицинских мероприятий по их снижению // Педиатрия (Узб.). – 2003. – Спец. вып. – С. 6-10.
3. Ляпин В.А., Дедюлина Н.В. Современные тенденции формирования здоровья детского населения промышленного города // Здоровье населения и среда обитания. – 2005. – № 1. – С. 11-15.
4. Позднякова М.А. О результатах регионального мониторинга детской инвалидности // Рос. педиатр. журн. – 2002. – №2. – С. 36-38.
5. Родина Н.Е., Овсепян Н.Е. Хромосомные нарушения у детей с множественными пороками развития // Мед. генетика. – 2005. – Т. 4, №6. – С. 259.
6. Ушакова С.А и др. Частота и структура врожденных аномалий развития сердца у новорожденных // Современные технологии в педиатрии и детской хирургии: Материалы 1-го Всероссийского конгресса. – М., 2002. – С. 111-112.

УДК: 378:616.314]-614.253.4-331.3
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-11>

ЗНАЧЕНИЕ НОЧНЫХ ДЕЖУРСТВ В ПРИОБРЕТЕНИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ СТУДЕНТАМИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА



**Убайдуллаев М.Б., Мирсаева Ф.З.,
Сулейманов А.М., Хамматов А.Н.**

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный
медицинский университет»
Минздрава России, Уфа*

Аннотация

Освещается опыт работы кафедры хирургической стоматологии Башкирского государственного медицинского университета, на которой был разработан алгоритм освоения практических навыков по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Овладеть манипуляционными умениями и навыками студент может во время ночных дежурств и в процессе самоподготовки. При этом используются видеоматериалы, ситуационные компьютерные модели, письменные источники, включая методические разработки; объекты и материалы для тренинга, имитационные модели (тренажер, муляж, имитационные ткани, органы, сосудистые и нервные образования).

Ключевые слова: медицинские вузы, учебный процесс, практические навыки и учения, самоподготовка.

На современном этапе подготовки медицинских специалистов, наряду с фундаментальными знаниями, творческим клиническим мышлением и широким мировоззрением, рынок труда требует от выпускников способности к самостоятельной врачебной деятельности и выполнения на высоком профессиональном уровне всех мануальных навыков. В связи с этим в настоящее время приоритетным направлением любого медицинского вуза является подготовка грамотного, компетентного специалиста, способного оказать квалифицированную медицинскую помощь.

Основным критерием, определяющим уровень подготовки специалиста медицинских вузов, является освое-

ние им мануальных навыков и умение их использовать в практической деятельности. Реализация этого стремления осуществлялась последовательным изменением методики преподавания, увеличением часов производственной практики, созданием симуляционных и обучающих центров, введением субординатуры, интернатуры, клинической ординатуры, изменением учебных программ и т.д.

В настоящее время существует огромная проблема в обеспечении учебного процесса тематическими больными. Значительно уменьшилось число пациентов, желающих даже под контролем преподавателя участвовать в студенческом приеме. Вторым немаловажным фактором является то, что следование принципам Болонского соглашения ограничивает поле деятельности студентов медицинских вузов по курации больных. В результате приобретение мануальных навыков непосредственно у больных становится затруднительным.

Особенностью нашей врачебной специальности является возможность отработки многих практических навыков студентами стоматологического факультета на фантомах. У студента появляется уникальная возможность научиться четко, точно проводить врачебные манипуляции на фантоме, являющимся посредником между пациентом и будущим врачом. Кроме того, фантом позволяет без ущерба для здоровья пациента совершать ошибки, без которых невозможен путь начинающего врача, и исправлять их [1,2].

Обучение студентов основным мануальным навыкам, обеспечивающим проведение лечебных и профилактических мероприятий по программе подготовки врача-стоматолога общей практики, является одной из первоочередных задач профильных кафедр: хирургической, терапевтической, ортопедической и детской стоматологии. Практические навыки приобретаются путем длительного тренинга (от английского слова train, которое переводится, как воспитывать, или обучать), т.е. выполнения студентами длительных упражнений. Применительно к хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии – это в основном манипуляции руками.

Переход от умений к практическим навыкам – процесс индивидуальный, иногда требующий длительного времени. В процессе цикла обучения освоить все основные практические умения студенту невозможно, поэтому должен быть сформулирован минимальный набор практических умений, освоение которых осуществляется во время ночных дежурств и самоподготовки. Во время ночного дежурства студент принимает участие в осмотре больных, поступающих в отделение, собирает эпидемиологический анамнез, оформляет результаты в истории болезни. Совместно с дежурным врачом выполняет все необходимые дополнительные методы исследования, осуществляет анализ полученных результатов. Проводит динамическое наблюдение за пациентами с экстренной хирургической патологией. Принимает участие во всех хирургических манипуляциях, выполняемых во время дежурства.

В приемном отделении и хирургическом отделении в период ночного дежурства студент (под контролем дежурного врача-хирурга) должен:

- уметь обследовать больного с экстренной хирургической патологией в соответствии с существующими стандартами оказания экстренной медицинской помощи;
- уметь заполнять историю болезни и другие документы в условиях приемного отделения;
- уметь оказывать первую врачебную помощь при наружных кровотечениях, ожогах и отморожениях, при электротравме, переломах, вывихах, ранениях;
- знать порядок и схему оказания помощи при геморрагическом, травматическом, анафилактическом и других видах шока;
- изучить порядок оказания помощи и особенности обследования больных с сочетанной травмой;
- изучить тактику врача приемного покоя при острой хирургической патологии;
- участвовать в операциях, выполняемых по экстренным показаниям;
- выполнять небольшие операции и перевязки в приемном отделении;
- участвовать в обходе дежурного врача в хирургическом отделении;
- ознакомиться с правилами наблюдения за больными в раннем послеоперационном периоде;
- ознакомиться с обязанностями ответственного дежурного врача по хирургии и по больнице;
- отчитаться на утренней отделенческой конференции за ночное дежурство в присутствии медперсонала и студентов.

Во время дежурства каждый студент должен соблюдать принципы деонтологии: сохранение медицинской тайны, соблюдение правил медицинского поведения в отношении медперсонала, больного и его родственников, внушение детям и их родителям уверенности в выздоровлении и благоприятном исходе заболевания.

В свете квалификационных стандартов и профессионально-должностных требований следует четко определить, что необходимо уметь и какие практические умения следует освоить обучающемуся в процессе реализации основной учебной программы.

Постановка цели обучения и разработка алгоритма обучения с учетом квалификационных стандартов – основное условие процесса обучения студентов.

Кафедрой хирургической стоматологии был разработан алгоритм освоения практических навыков по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. Важной частью программы является освоение манипуляционных умений и навыков.

К настоящему времени последипломная подготовка хирурга должна состоять из нескольких этапов, которые складываются из нескольких действий:

1. Преподаватель рассказывает и демонстрирует на муляже или на бумажных и электронных носителях (слайд-презентации, видеофильмы и т.д.), как надо выполнять осваиваемые манипуляции.

2. Тренинг: манипуляции с инструментами, шовным материалом, наложение швов на планшетах, муляжах, фантомах и т.д.

3. Оценка преподавателем степени освоения манипуляционных умений. После успешного освоения манипуляций переходят к следующему этапу.

Второй этап. Формирование умений выполнения некоторых элементов оперативных вмешательств. При этом ставятся задачи освоить:

- выбор и осуществление хирургического доступа;
- выполнение некоторых оперативных приемов;
- способы завершения операции. Вмешательство осуществляется на анатомических объектах и технических средствах (планшеты, макеты, симуляторы).

При успешном освоении указанных действий осуществляет допуск к перевязочным и манипуляционным под руководством преподавателя.

Следующий этап. Курация больных под руководством преподавателя и обсуждение диагностики и составление плана лечения.

Последний этап допуск к ассистированию и выполнению отдельных элементов оперативного вмешательства при операциях на больных под руководством преподавателя.

В процессе формирования практических умений в хирургии особое значение имеет приобретение элементарных манипуляционных умений.

1. Рациональное пользование хирургическими инструментами (захватывающими, разъединяющими, раздавливающими, кровоостанавливающими).

2. Разъединение и соединение тканей (кожи, апоневроза, мышц, сухожилий, костей), сосудов и нервов.

3. Формирование узлов в поверхностных ранах. Наложение узла пальцами, с помощью инструментов.

4. Освоение различных видов швов (простой сближающий шов раны кожи, матрацные швы).

5. Освоение наложения временных иммобилизационно-транспортных шин при переломах челюстей.

6. Освоение наложения постоянных бимаксиллярных шин челюстей при переломах.

Методическое обеспечение учебного процесса включает использование видеоматериалов, ситуационных компьютерных моделей, письменных источников, включая методические разработки; объектов и материалов для тренинга, имитационных моделей (тренажер, муляж, имитационные ткани, органы, сосудистые и нервные образования).

Все манипуляции больным студенты выполняют под контролем врача. Листы назначений больным обязательно согласовываются с лечащим врачом. Особое внимание обращается на определение показаний к операциям и объему хирургического вмешательства, проведению предоперационной подготовки, а также ведению послеоперационного периода.

Под руководством врача студент выполняет операции, преимущественно по малой хирургии (вскрытие гнойников, хирургическая обработка ран), перевязки и хи-

рургические манипуляции, активно участвует в качестве ассистента во всех срочных и экстренных оперативных вмешательствах, принимает участие во вправлении вывихов.

Список литературы

1. Еричев В.В., Арутюнов А.В., Лапина Н.В. и др. Процесс формирования мануальных навыков студентов стоматологического факультета на кафедре ортопедической стоматологии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России // *Международ. журн. экспер. образования*. – 2014. – №10. – С. 129-131.
2. Убайдуллаев М.Б., Мирсаева Ф.З., Файзуллина Г.А., Сулейманов А.М. Ночные дежурства студентов-медиков как один из методов приобретения практических навыков // *Традиции и новации в подготовке кадров в медицинском вузе: посвящается 85-летию БГМУ: Материалы межвуз. учеб.-метод. конф. с междунар. участием*. – Уфа, 2017. – С. 346.

УДК: 616.314-002:615.454.1-612.292.69]-084
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-12>

ТИШ ПАСТАЛАРИ ТАРКИБИДАГИ ЭРКИН ФТОР ИОНЛАРИ КОНЦЕНТРАЦИЯСИНИНГ КАРИЕС ПРОФИЛАКТИК САМАРАДОРЛИГИ



Худанов Б.О., Халилов И.Х.,
Мухамедова М.С., Тўраев К.И.,
Абдурахимова Ф.А., Ахмедов А.А.

Тошкент давлат стоматология институти

Хулоса

Ўзбекистон ҳудудида сотилаётган тиш пасталарини ишлаб чиқарувчи корхоналар ишлатадиган фтор бирикмаларини Германия мамлакатининг корхоналари деярли ишлатишмайди. Натрий фторид тутувчи тиш пасталарида эркин фтор ионлари Германия корхоналарида ишлатиладиган, уларнинг аналоглариникидан пастрокдир.

Олинган маълумотларга асосланиб кариес профилактикаси мақсадида абразив модда сифатида кальцийсиз, силикат тутувчи, таркибида 1000 промилледан юқори концентрацияда фтор иони сақловчи тиш ювиш пасталаридан фойдаланиш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз ва тавсия қиламиз.

Калит сўзлар: тиш пастаси, фтор иони, абразив модда, натрий фторид, натрий монофторфосфат.

Annotation

Our study showed that many manufacturers of toothpastes sold in Uzbekistan use fluoride salt, which is almost never used in Germany. It is confirmed by the fact that the concentration of free fluoride ion in NaMFP containing toothpastes is less than that in NaF containing toothpastes. In addition, the concentration of free fluoride ions in NaF containing toothpastes is high, but slightly less than their counterparts from Germany. Thus, it is recommended to use toothpastes containing not less than 1000 ppm in free fluoride ions and with an abrasive material of silicate nature (without calcium), since they have a sufficiently high caries preventive effect.

Аннотация

Как показал проведенный авторами анализ, многие производители зубных паст, продаваемых в Узбекистане, используют фтористую соль, которая в Германии почти не применяется. Подтверждается тот факт, что концентрация свободного иона фтора в НМФФ содержащих зубных пастах меньше, чем в ФН содержащих зубных пастах. Кроме того, концентрация свободного ионов фтора в ФН содержащих зубных пастах высока, но чуть меньше, чем у их аналогов, произведенных в Германии. Авторы рекомендуют использование зубных паст, содержащие в своем составе свободные ионы фтора не менее 1000% и с абразивным материалом силикатного характера (без кальция), так как они обладают достаточно высоким кариеспрофилактическим эффектом.

Ключевые слова: зубные пасты, ион фтора, абразивное вещество, натрия фторид, натрия монофторфосфат.

Охирги 10-15 йилда кўпгина ривожланган мамлакатларда кариеснинг тарқалиши ва жадаллик кўрсаткичлари сезиларли даражада пасайганлиги экспертлар томонидан эътироф этилмоқда [6,7]. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти ва қатор изланувчилар бундай кўрсаткичларга эришиш учун сувни ва тузни фторлаш, фтор сақловчи тиш пасталаридан фойдаланиш, айниқса болалар ёшида бундай чора-тадбирлар яхши самара беришини таъкидлашмоқда [2-5,8,9].

Таркибида фтор сақловчи тиш ювиш пасталарининг самарадорлигини исботлашда клиник текшириш усули кўп кишилик тажрибада олиб борилса, олинган натижалар статистик жиҳатдан ишонарли

бўлади. Лекин, бундай кўп кишилик, икки йил давомида олиб бориладиган клиник текширувлар жуда қимматга тушиши билан биргаликда ишочли самара беради. Шуларни инобатга олиб тиш пасталари таркибида фтор микдорининг концентрацияси даражасидан келиб чиқиб уларнинг самарадорлик кўрсаткичини аниқлаш формуласи олиб борилаётган клиник текширишларни анча енгиллаштириш билан биргаликда изланишларни арзонлаштириш мумкин эканлиги тавсия қилинди [1]. Тавсия қилинган усулда тиш пасталари таркибидаги фтор бирикмасининг кимёвий формуласи олдин тадқиқ қилинган тиш пасталари таркибидаги фторли бирикмага яқин бўлиши керак. Шунда тиш пасталари таркибидаги фтор бирикмасининг микдори солиштирилиб уларнинг самарадорлик даражасини аниқлаш осонлашади. Тиш пастаси самарадор бўлиши учун унда кўрсатилган фтор микдори тиш ювиш пайтида ҳосил бўлган эркин ион микдорига тенг бўлиши шарт.

Мақсад

Ўзбекистон Республикаси ҳудудидаги савдо расталарида сотилаётган тиш ювиш пасталарининг профилактик самарадорлигини улар таркибидаги эркин фтор ионлари концентрациясини аниқлаш йўли билан баҳолашдан иборат.

Материал ва усуллар

Республикамиз савдо расталаридан сотиб олинган 23 хил, таркибида фторидлар бўлган тиш ювиш пасталарида эркин фтор ионлари концентрацияси лаборатория усулида Хайдельберг университетининг (Германия) Консерватив стоматология кафедрасида аниқланди ва даволаш профилактика хусусиятлари баҳоланди. Қиёслаш учун Германия савдо расталарида сотиладиган 8 хил ўхшаш маркали тиш ювиш пасталаридан фойдаланилди. Мазкур тиш ювиш пасталари этикеткасида фтор бирикмалари борлиги маълум қилинган эди. Лаборатория текширишлари ўтказилганда мазкур пасталар таркибида ишлаб чиқарувчиларнинг фтор бирикмалари борлиги тўғрисидаги маълумотномаси борлиги инобатга олинди. Фтор ионлари концентрацияси эритма таркибида фтор сезувчи, рақамли ион анализаторига уланган электродлар ёрдамида промилледа (ppm) аниқланди (Mettler Toledo, Грайфенс, Швецария, MA 235 pH/Ion analyzer). Олинган маълумотларни таҳлил қилиб баҳолаш мақсадида IBM SPSS Statistics V.20. дастуридан фойдаландик.

Натижа ва муҳокама

Маълумки, тиш ювиш пасталари таркибида ҳар хил фтор бирикмалари бўлиб, улар даволаш-профилактик хусусиятга эгадирлар. Изланишлар натижаси шуни кўрсатдики асосий тажрибадаги тиш пасталари таркибидаги фтор концентрацияси паста этикеткасида кўрсатилган фторнинг реал микдоридан анча-

гина фарқ қилар экан. Тиш пасталари этикетларида фтор ионлари микдори. Colgate Max White with strips of whiteness (crystal mint), Colgate total professional clean, Colgate max fresh with cooling crystals (cool mint), Colgate maxfresh with cooling crystals (clean mint), Colgate total professional whitening, Colgate Total clean mint 1450 промилле (ppm) қилиб кўрсатилган. Бизнинг текширишларимизда бу кўрсаткичлар мос равишда $913,3 \pm 18,1$; $1385,8 \pm 17,0$; $962,5 \pm 6,6$; $996,7 \pm 16,3$; $1369,2 \pm 32,6$; $1385,8 \pm 32,1$; га тенг бўлиб, декларация қилинган кўрсаткичдан пастроқ эканлигини кўрсатди. Лекин орадаги фарқ жуда оз. Мазкур тиш ювиш пасталарини таркибида монофторфосфат сакловчи пасталарга нисбатан икки марта қиммат сотишмоқда.

Мазкур компаниянинг куйида келтирилган ва биз томонимиздан тадқиқ қилинган Colgate maximum cavity protection (Freshmint), Colgate gentle whitening, Colgate propolis Fresh mint, Colgate Strong teeth fresh breath, Colgate triple action тиш пасталари таркибида абразив модда сифатида кальций карбонат, фтор бирикмаси сифатида натрий монофторфосфат каби фтор тузлари ишлатилган. Ишлаб чиқарувчининг декларацияси бўйича мазкур тиш пасталари этикеткасида фтор иони концентрацияси 1450 промилле (ppm) микдорида кўрсатилган. Лекин, тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики бу тиш пасталарининг дистилланган сувдаги эркин фтор микдори концентрацияси $142,7 \pm 10,7$ дан $249,3 \pm 3,7$ промиллегача эканлиги аниқланди. Мазкур тиш пасталари ўз таркибидаги фтор ионларининг бу микдори билан кариесга қарши профилактик самараси жуда ҳам пастлиги маълумдир.

Буларни куйидагича изохлаш мумкин: ишлаб чиқарувчи тиш паста таркибида абразив модда сифатида кальций карбонат, фтор сакловчи бирикма сифатида натрий монофторфосфатни ишлатган. Бу бирикмалар сувда диссоциацияга учраши натижасида кальций элементи қисман фтор ионларини ўзига бириктириб кальций фторид тузини ҳосил қилиб чўкмага тушади ва натижада сувдаги эркин фтор ионлари концентрацияси қисман камаяди. Болалар стоматологияси бўйича Европа академиясининг кўрсатмасига кўра таркибида 1000 промилледан ошiq фтор концентрацияси мавжуд тиш пасталари ёши 2-6 дан ошган болаларда кариес профилактикаси учун тавсия қилинади [8].

Blend-a-Med with active fluoride (ОАО Свобода, Россия – Procter&Gamble) ва Aquafresh 3 Fresh&Minty (Smith Kline Beecham Consumer Health care, Буюк Британия) тиш пасталарини ишлаб чиқарувчилар мазкур пасталар таркибида эркин фтор микдори 1450 промилле деб белгиланган. Бизнинг лаборатория текширишларимиз шуни кўрсатдики, Blend-a-Med with active fluoride тиш пастаси таркибида фтор концентрацияси $1429,2 \pm 10,4$; Aquafresh 3 Fresh&Minty тиш пастасида эса – $1342,5 \pm 13,2$ промиллени ташкил

килар экан. Декларацияда кўрсатилган фтор ионларнинг миқдори бу икки хил пастада текширишлар натижасига жуда яқин эканлигини кўрсатди.

Россиянинг “ОАО Калина” концерни ишлаб чиққан “Лесной бальзам”, “Бионорма”, “Дракоша” тиш ювиш пасталари таркибидаги фтор концентрацияси сувдаги эритмасида мос равишда $89,8 \pm 1,5$; $183,4 \pm 3,3$; $12,3 \pm 0,1$ промиллени ташкил қилди. Лекин “Лесной бальзам”, “Бионорма” тиш пасталарининг этикеткасида улардаги фтор миқдори кўрсатилмаган. “Дракоша” тиш пастасининг этикеткасида эса фтор миқдорини 39,5 промиллелиги кўрсатилган.

Хитойда ишалаб чиқилган Дентал Doctor (QC Cosmetic Co. L.T.D фирмаси) тиш ювиш пастаси таркибига кирувчи абразив модда тури, фтор концентрацияси этикеткада кўрсатилмаган. Текширишлар шуни кўрсатдики мазкур паста ўз таркибида абразив модда сифатида кальций карбонат, фторли бирикма сифатида натрий монофторфосфат сақлар экан. Сувдаги эритмасида фтор концентрацияси $39,3 \pm 0,3$ промиллега тенг.

Ўзбекистонда ишлаб чиқарилган (ООО Nigohservis.) Mega Med Propolis пастаси таркибида абразив модда кальций карбонат, гидратланган кремний икки оксиди ва натрий монофторфосфат борлиги таъкидланган. Бизнинг текширишларимиз мазкур паста таркибида бор йўғи фтор концентрацияси $4,1 \pm 0,1$ промилле эканлигини тасдиқлади.

Витаминли Дента Мед тиш ювиш пастаси (“Клин Косметика”, Ўзбекистон) таркибида кальций карбонат ва натрий монофторфосфат сақлаши билдирилган. Этикеткасида фтор миқдори 92 промилле эканлиги кўрсатилган. Лекин изланишлар мазкур тиш пастасидаги эркин фтор концентрацияси бор йўғи $3,9 \pm 0,1$ промилле эканлигини тасдиқлади.

Ўзбекистондаги “Диттас” фирмаси томонидан (ООО “Delvita Trade” учун) ишлаб чиқарилаётган “Delvic Детская” тиш пастаси таркибида абразив модда сифатида кальций карбонат ва гидратланган кремний икки оксиди, фтор тузи сифатида натрий монофторфосфат сақлаши этикеткасида кўрсатилган. Лаборатория текширувлари сувдаги эркин ионлар концентрацияси $171,6 \pm 6,1$ промилле эканлигини кўрсатди.

Германия савдосида сотилаётган назорат гуруҳи тиш пасталарида абразив модда сифатида гидратлаштирилган кремний икки оксиди, натрий бикарбонат ёки гидратлаштирилган кремний икки оксиди+диметил силикат кремнийдан фойдаланилган. Фторли бирикма сифатида натрий фторид ёки аминифторид ишлатилган. Мазкур тиш ювиш пасталарни лаборатория текширувлари улар таркибидаги эркин фтор миқдорининг концентрацияси упаковкаларда кўрсатилган миқдорга тенглиги аниқланди.

Ўзбекистон савдо расталаридан олиниб текширилган 15 хил тиш пасталари таркибида фтор концентрацияси 500 мг/л ни, 3 хилида эса 500 мг/л дан

ошиқроқ лекин 1000 мг/л дан озроқ фтор ионлари мавжудлиги аниқланди. Шуни таъкидлаш лозимки, биз қўллаган лаборатория усули бир мунча чегараланганлиги сабабли in vitro усулида олинган натижалар муҳокамасида, уларнинг интерпретацияси бир мунча эҳтиёткорликни талаб қилади.

Адабиётлар

1. FDI Commission Work Project (8-95): Guidance on the assessment of the efficacy of toothpastes // *Int. Dent. J.* 1999. – Vol. 49. – P. 311-316.
2. Frencken J.E., Holmgren C.J., Helderma W.H. Basic Package of Oral Health. – Nijmegen, WHO Collaborating Centre, 2002.
3. Marinho V.C., Higgins J.P., Sheiham A., Logan S. Combinations of topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) versus single topical fluoride for preventing dental caries in children and adolescents // *Cochrane Datab. Syst. Rev.* – 2004. – Vol. 1.
4. Panagidis D., Schulte A.G. Caries prevalence in 12-year-old Cypriot children // *Comm. Dent. Health.* – 2012. – Vol. 29, №4. – P. 297-301.
5. Pieper K., Lange J., Jablonski-Momeni A., Schulte A.G. Caries prevalence in 12-year-old children from Germany: results of the 2009 national survey // *Comm. Dent. Health.* – 2013. – Vol. 30, №3. – P. 138-142.
6. Schneider S., Jerusalem M., Mente J., De Bock F. Sweets consumption of preschool children--extent, context, and consumption patterns // *Clin. Oral. Invest.* – 2013. – Vol. 17, №5. – P. 1301-1309.
7. Skrīvele S., Care R., Bērziņa S. et al. Caries and its risk factors in young children in five different countries // *Stomatologija: Baltic Dental and Maxillofacial Journal.* – 2013. – Vol. 15, №2. – P. 39-46.
8. Toumba J., Lygidakis N., Oulis C. et al. Guidelines on the use of fluoride in children: an EAPD policy document // *Europ. Arch. Paediatr. Dent.* – 2009. – Vol. 10, №3. – P. 129-135.
9. World Health Organization, FDI World Dental Federation, International Association for Dental Research, Chinese Stomatological Association. Beijing Declaration. Achieving Dental Health through Fluoride in China and South East Asia. Conference on Dental Health through Fluoride in China and South East Asia. 2007. Available from <http://tiny.cc/22x6dw>. Accessed 23 May 2012.

УДК: 616.314.26-007.26/.271-089.163:61
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-23>

АЛГОРИТМ АМБУЛАТОРНОЙ ПОДГОТОВКИ ПАЦИЕНТОВ К ОРТОГНАТИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ С МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫМ УЧАСТИЕМ



**Абдукадыров А.А., Курбанов Ф.Р.,
Мухамидиева Ф.Ш.**

*Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Областная стоматологическая поликлиника г. Ургенча*

Аннотация

Цель: разработка алгоритма амбулаторной диагностики патологических изменений челюстно-лицевой области и подготовки пациентов со скелетными формами деформаций челюстей к ортогнатическим операциям с междисциплинарным участием. Материал и методы: обследование, диагностика и амбулаторная хирургическая подготовка полости рта, зубных рядов, носа, глотки и околоносовых синусов проведено у 52 пациентов в возрасте от 12 до 35 лет со скелетными формами деформаций челюстей, обратившихся в клинику хирургической стоматологии ТашИУВ в 2015-2019 гг. Женщин было 27, мужчин 25. Результаты: усовершенствованный авторами вариант компактостеотомии в отличие от своих аналогов, менее травматичный и помогает ортодонтической конструкции быстро перемещать зубы в запланированном ортодонтом положении. Рациональное сочетание ортодонтического лечения с оральными костно-пластическими операциями в некоторых случаях приводит к достижению оптимального эстетического баланса лица и прикуса, что исключает проведение ортогнатических операций в условиях стационара. Использованный комплекс антисептиков эльгидиум-элюдрил-пародиум, в отличие от других антисептиков, оказывает пролонгированное действие в полости рта, позволяя ликвидировать все существующие микроорганизмы полости рта с заживлением амбулаторных ран без воспалительных осложнений. Выводы: алгоритмы амбулаторной диагностики

и подготовки к ортогнатическим операциям позволяют поэтапно ликвидировать хронические очаги инфекции и патологические изменения челюстно-лицевой области у пациентов со скелетными формами деформаций челюстей, создают оптимальные условия для проведения ортогнатических операций и являются профилактикой послеоперационных воспалительных осложнений и рецидивов деформаций челюстей.

Ключевые слова: скелетные формы деформаций челюстей, ортогнатические операции, междисциплинарное участие.

Annotation

The article describes the effectiveness of using in clinical practice the algorithm of outpatient preparation for orthognathic operations of 52 patients with skeletal forms of deformities of the jaws with interdisciplinary participation. The phased implementation of outpatient diagnostic and therapeutic measures with the participation of various specialists led to the elimination of foci of chronic infections of the oral cavity, nose, pharynx, and paranasal sinuses, to the correction of abnormal changes in the soft tissues and deformations of the dentition in all patients. The created optimal condition for reconstructive operations on the jaws is the prevention of postoperative inflammatory complications and recurrence of deformities of the jaws.

В литературе встречаются сообщения о различных осложнениях ортогнатических операций, среди которых ведущими являются воспалительные процессы (4,4-8%) и рецидивы деформаций челюстей (1,35-27%). По данным некоторых клиницистов, одной из причин возникновения таких осложнений являются недостаточная разработанность амбулаторных предоперационных мероприятий с междисциплинарным участием [1-4,6,8].

Клинический опыт показывает, что большинство пациентов со скелетными формами деформаций челюстей на предоперационном этапе находятся под наблюдением ортодонта, который проводит исправление аномалий зубных дуг челюстей [1]. Неподатливые к действию ортодонтических аппаратов скелетные формы деформаций челюстей требуют проведения компактостеотомии [4] с участием орального хирурга. Выполнение их без участия орального хирурга снижает или вообще сводит к нулю результат ортодонтического лечения [5,7]. Хронические очаги инфекции пародонта, периодонта, дистопия, ретенция зубов, вторичные деформации зубных рядов после нерационального удаления и аномальные изменения слизистой оболочки полости рта, уздечка языка и губ часто выпадают из поля зрения обоих специалистов. Кроме того, затруднение носового дыхания, патологические изменения полости носа, глотки и околоносовых синусов могут стать причиной воспалительных осложнений и рецидивов деформаций после остеотомий на верхней челюсти, что говорит о необходимости участия ЛОР-специалиста в амбулатор-

ной подготовке пациентов с деформациями челюстей к ортогнатическим операциям. Все вышеизложенное еще раз подтверждает мнение клиницистов о недостаточной разработанности алгоритма амбулаторной диагностики патологических процессов челюстно-лицевой области и необходимости подготовки пациентов со скелетными формами деформаций челюстей к ортогнатическим операциям с междисциплинарным участием.

Цель исследования

Разработка алгоритма амбулаторной диагностики патологических изменений челюстно-лицевой области и подготовки пациентов со скелетными формами деформаций челюстей к ортогнатическим операциям с междисциплинарным участием.

Задачи исследования:

- изучение патологических изменений зубных рядов, слизистой оболочки полости рта и языка у пациентов с деформациями челюстей;
- изучение патологических изменений полости носа, глотки и околоносовых синусов пациентов с деформациями челюстей с междисциплинарным участием;
- разработка алгоритма амбулаторной диагностики патологических изменений полости рта, зубных рядов, глотки, носа и околоносовых синусов у пациентов с деформациями челюстей с междисциплинарным участием;
- разработка алгоритма амбулаторного лечения патологических процессов полости рта, зубных рядов, полости носа, глотки и околоносовых синусов у пациентов с деформациями челюстей с междисциплинарным участием.

Материал и методы

Проведено обследование, диагностика и амбулаторная хирургическая подготовка полости рта, зубных рядов, носа, глотки и околоносовых синусов у 52 пациентов со скелетными формами деформаций челюстей, обратившихся в клинику хирургической стоматологии ТашИУВ в 2015-2019 гг. Возраст пациентов – от 12 до 35 лет. Женщин было 27, мужчин 25.

По классификации В.М. Безрукова в нашей модификации 41 пациент имел вогнутый тип лица и верхнюю ретро-микрогнатию и нижнюю про-макрогнатию. У 11 пациентов был выпуклый тип лица и верхняя про-макрогнатию и нижняя ретро-микрогнатию.

Для амбулаторной диагностики патологических изменений челюстно-лицевой области нами был разработан алгоритм с участием орального хирурга, ортодонта, отоларинголога и других специалистов по показаниям. Диагностический алгоритм включал проведение клинических исследований, оценку прикуса, состояния зубных рядов, слизистой полости рта, языка и прикрепление уздечек, рентгенологическое исследование челюстно-лицевой области, биометрическое изучение моделей челюстей и моделирование оптимального конструктивного прикуса с участием ортодонта. Оценка

состояния полости носа, глотки, миндалин проводилась с участием ЛОР-специалиста, по показанию больных консультировали другие специалисты.

Результаты исследований

Как видно из таблицы, почти у всех пациентов с деформациями челюстей преобладающим патологическим процессом в полости рта были хронические периодонтиты и их осложнения в виде свищей, гранулем, кистогранулем и радикулярных кист. У половины больных отмечался пародонтит различной степени. Выявлены также дистопированные и ретенированные зубы, первичные и вторичные зубо-альвеолярные деформации, короткость уздечек языка и губ, макроглоссия, диастемы и тремы (рис. 1-3). Со стороны ЛОР-органов наблюдались хронические риниты, сужение костной полости носа, гиперплазия нижних носовых раковин приведшие к затруднению носового дыхания (рис. 2б). Выявлялись также хронические тонзиллиты с гипертрофией миндалин (рис. 2а) и патологические изменения гайморовых пазух.

Таблица. Патологические изменения полости рта, зубных рядов, носа, глотки и околоносовых синусов у взрослых пациентов с деформацией челюстей

Выявленные патологические изменения	Верхняя ретро-микрогнатию нижняя про-макрогнатию	Верхняя про-макрогнатию нижняя ретро-микрогнатию
Разрушенные зубы, подлежащие удалению	37	12
Зубы с хроническим периодонтитом, требующие проведения зубосохраняющих операций	17	7
Дистопированные и ретенированные зубы, подлежащие плановому удалению	32	12
Дистопированные и ретенированные зубы, подлежащие исправлению ортодонтическим и хирургическим способами	12	6
Вторичная деформация зубных рядов, требующие хирургического и ортодонтического лечения	14	6
Сужение зубных рядов, требующее компактостомии и ортодонтического лечения	8	5
Пародонтит	23	7
Короткость уздечки губ и языка, диастемы и тремы зубных рядов	7	5
Затруднение носового дыхания	22	11
Хронические заболевания глотки и миндалин	15	10
Патология околоносовых синусов	5	2

Предложенный алгоритм амбулаторной подготовки к ортогнатическим операциям состоял из двух этапов. Первый этап включал ликвидацию хронических очагов инфекции в полости рта, глотки и носовых пазух. На этом этапе операции и манипуляции по ликвидации очагов хронической инфекции проводили на фоне использования комплекса эльгидиум-элюдрил-пародиум – препаратов, оказывающих пролонгированное антисептическое воздействие и оптимальный обезболивающий и ранозаживляющий эффект.

После ликвидации очагов хронической инфекции приступали к реализации второго этапа амбулаторной подготовки полости рта, которая включала в себя плановое удаление зубов по ортодонтическим показаниям, установление микроимплантатов, пластику уздечек языка и губ, оральных ортодонтических и костно-реконструктивных операций с участием орального хирурга и ортодонта. На фоне использования антисептиков пролонгированного действия на первом этапе лечения проведено удаление 49 зубов, являющихся хроническими очагами инфекции. У 23 пациентов осуществлены зубосохраняющие операции с использованием искусственных остеокондуктивных материалов.

Хирургическое лечение пародонтита с использованием остеокондуктивных материалов в сочетании с обогащенной тромбоцитами плазмой и изготовлением шинирующих конструкций проведено 4 пациентам (рис. 1). Почти все они были проконсультированы и прошли санацию полости носа, глотки и синусов с участием ЛОР-специалиста.

Второй этап амбулаторной подготовки, т. е. плановые манипуляции и операции, начинали через 2 недели после ликвидации хронических очагов инфекции. На этом этапе удалены 42 зуба по ортодонтическим показаниям. У 2 больных установлены миниимплантаты для вытяжения ретенированных клыков верхней челюсти 12-френулопластик (рис. 3), у 10 осуществлена компактоостеотомия по модифицированному варианту, у 1 – фрагментарная остеотомия боковых отделов верхней челюсти в пределах трех зубов с обеих сторон.

Таким образом, вытяжение ретенированных клыков верхней челюсти с помощью миниимплантатов во всех случаях было удачным. Ортодонтическая конструкция, прикрепленная к ним, привела к перемещению их в зубной ряд в сроки от 6 до 9 месяцев. После проведения компактоостеотомии по модифицированному способу направлены на ортодонтическое лечение. Лечение, начатое после снятия швов, в течение 6-месяцев завершили 5 пациентов, 8 месяцев – 2, 3 больным для достижения конструктивного прикуса потребовалось 12 месяцев.

После достижения конструктивного прикуса все пациенты отправлены в стационар для проведения основного этапа лечения (рис. 4). 1 пациенту с открытым прикусом и выпуклым типом лица после проведения

симметричной фрагментарной остеотомии дистальных отделов верхней челюсти в пределах трех зубов дальнейшее ортогнатическое вмешательство не потребовалось, т.к. был достигнут оптимальный эстетический баланс лица и прикуса (рис. 5).

Длительность амбулаторной хирургической подготовки полости рта пациентов со скелетными формами деформаций челюстей к ортогнатическим операциям в среднем составила 2-4 недели, из них дни нетрудоспособности – 3-5 дней за исключением пациентов с ортодонтическими проблемами. Использование предложенного алгоритма подготовки взрослых пациентов к ортогнатическим операциям с междисциплинарным участием во всех случаях привело к ликвидации очагов инфекции, оптимальному заживлению ран, конструктивному прикусу и в некоторых случаях достижению оптимального эстетического баланса лица и прикуса что исключает стационарный этап лечения.

В стационаре 36 пациентам 1-й группы были проведены комбинированные остеотомии челюстей, 5 – только на верхней или нижней челюсти. Во 2-й группе 5 пациентам операции выполнены на двух челюстях, 5 – только на верхней челюсти. Продолжительность костно-реконструктивных операций в среднем составляла 3-5 часов, количество койко-дней – от 4 до 7 суток. Отдаленные сроки наблюдения – от 3-х месяцев до 5 лет.

В течение всего срока наблюдения воспалительных осложнений не наблюдалось. У 50 пациентов достигнутый в результате операций эстетический баланс лица и прикуса сохранялся. У 2 пациентов с вогнутым типом лица, не носивших в послеоперационном периоде ретенционные аппараты и не продолжавших ортодонтическое лечение, наблюдался частичный рецидив деформаций челюстей до прямого прикуса. Хороший эстетический баланс лица и удовлетворительное смыкание зубных дуг челюстей исключали повторные вмешательства на челюстях.

Результаты и обсуждение

Анализ литературных данных и собственный клинический опыт показывают, что пациенты со скелетными формами деформаций челюстей поступают в стационар без достаточной санации полости рта, носа, глотки, околоносовых синусов, что приводит к возникновению воспалительных осложнений. Не ликвидированные аномальные изменения мягких тканей полости рта и зубных рядов приводят к увеличению объема ортогнатических операций и рецидивам деформаций челюстей. Предложенные нами алгоритмы амбулаторной диагностики патологических изменений и лечения требуют участия орального хирурга, ортодонта, отоларинголога и других специалистов по показаниям. Эти специалисты могут точно диагностировать патологические процессы челюстно-лицевой области и провести адекватное лечение, обеспечивающее оптимальные условия для ортогнатических операций.



Рис. 1. Пациент Н., 24 года. Диагноз верхняя ретро-микрогнатия и нижняя макрогнатия, пародонтит фронтальной группы зубов (а). Проведена лоскутная операция в области фронтальных зубов с использованием остеокондуктивного материала+БОТП, изготовлена шинирующая мостовидная конструкция (б). Состояние после ортогнатической операции (в).

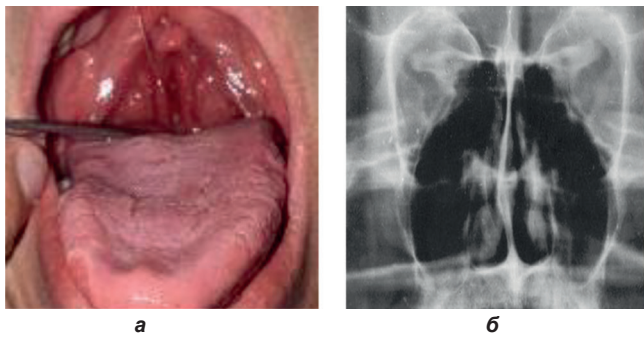


Рис. 2. Пациент Н., 24 года. Макроглоссия, хронический тонзиллит (а) и сужение полости носа, гиперплазия нижних носовых раковин и искривление перегородки (б).

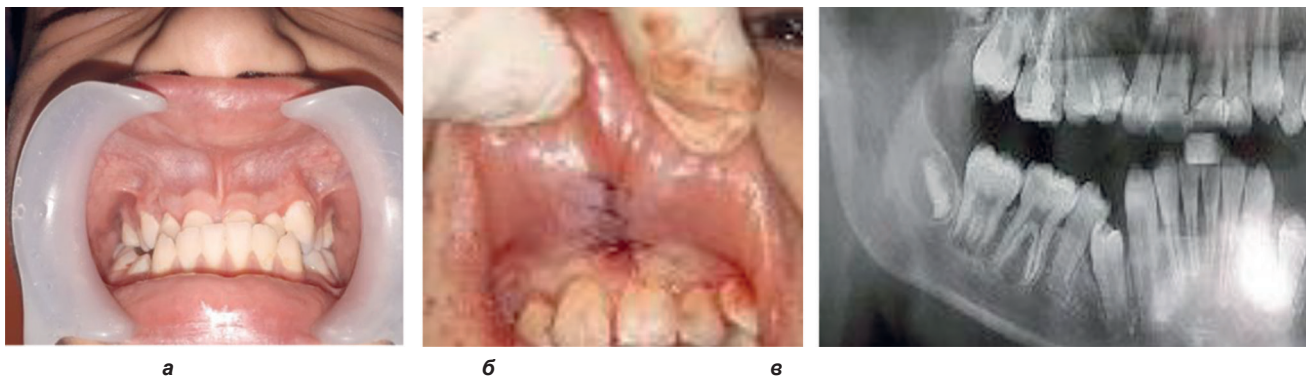


Рис. 3. Пациент М., 13 лет. Верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия, короткая уздечка верхней губы до (а) и после (б) пластики. На ортопантограмме (в) полуретенированный нижний премоляр вследствие раннего удаления молочного предшественника и вторичная деформация бокового сегмента верхней челюсти в результате удаления постоянного дистопированного клыка.

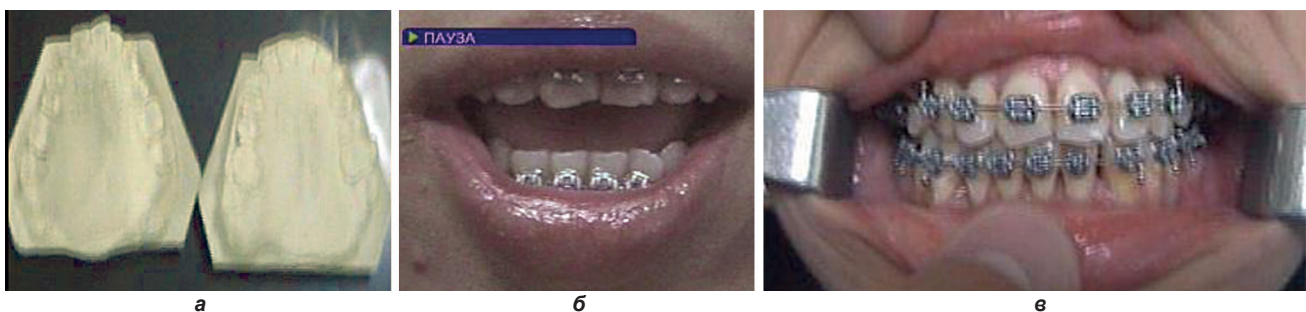


Рис. 4. Пациентка Н., 25 лет. Сочетанная деформация челюстей и открытый прикус, сужение верхней зубной дуги. Модели верхней челюсти до и после компакстоэтомии и ортодонтического расширения (а). Прикус пациентки до и после ортогнатических операций (б, в).

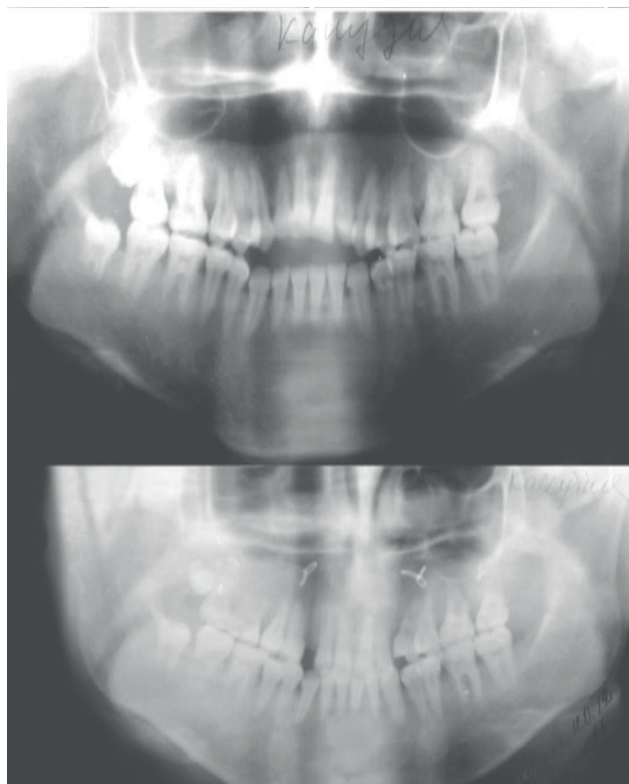


Рис. 5. Пациент Ч., 20 лет. Диагноз: верхняя макрогнатия и открытый прикус. Проведена симметричная сегментарная остеотомия дистальных отделов верхней челюсти в пределах трех зубов и достигнут оптимальное соотношение зубных дуг челюстей.

Разделение лечебного процесса с междисциплинарным участием на два этапа является рациональным. На первом этапе предложенного алгоритма подготовки к ортогнатическим операциям ликвидируются хронические очаги инфекции челюстно-лицевой области, что создает оптимальный фон для проведения второго этапа лечения. Заполнение образовавшихся во время зубосохраняющих операций полостей остеокондуктивными материалами способствует адекватной ликвидации очага хронического воспаления в области вершечек зубов, в пародонте и их заживлению без осложнений. Проведение плановых оральных операций в мягких тканях полости рта и зубных дуг челюстей после ликвидации хронических очагов инфекции создает оптимальные условия для проведения ортогнатических операций.

Усовершенствованный нами вариант компактостомии проводится в зубоальвеолярной области, в отличие от своих аналогов, он менее травматичный и помогает ортодонтической конструкции быстро перемещать зубы в запланированном ортодонтом положении. Рациональное сочетание ортодонтического лечения с оральными костно-пластическими операциями в некоторых случаях приводит к достижению оптимального эстетического баланса лица и прикуса, что исклю-

чает проведение ортогнатических операций в условиях стационара.

Использованный нами комплекс антисептиков эльгидиум-элюдрил-пародиум, в отличие от других антисептиков, оказывает пролонгированное действие в полости рта и позволяет ликвидировать все существующие микроорганизмы полости рта с заживлением амбулаторных ран без воспалительных осложнений.

Таким образом, разработанные нами алгоритмы амбулаторной диагностики и подготовки к ортогнатическим операциям позволяют поэтапно ликвидировать хронические очаги инфекции и патологические изменения челюстно-лицевой области у пациентов со скелетными формами деформаций челюстей, создают оптимальные условия для проведения ортогнатических операций и являются профилактикой послеоперационных воспалительных осложнений и рецидивов деформаций челюстей.

Список литературы

1. Абдукадыров А.А. Совершенствование реконструктивных операций у взрослых с деформациями челюстей: Дис. ... д-ра мед наук. – Ташкент, 2007.1
2. Белова О.М., Гунько В.И. Анализ ошибок и осложнений при хирургическом лечении больных с деформациями челюстей // Вестн. РУДН. – Сер. Медицина. – 2010. – №1. – С. 69-73.2
3. Каламкарров Х.А.Н., Рабухина Н.А., Безруков В.М. Деформации лицевого черепа. – М., 1981. – 239 с. 4
4. Максудов С.Н. Клинико-биометрические и рентгенологические показатели ринофарингогенных зубочелюстных аномалий и методы комплексного ортодонтического лечения этих аномалий: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2002.3
5. Fernandez-Ferrer L., Montiel J.-M., Candel-Marti E. et al. Corticotomies as a surgical procedure to accelerate tooth movement during orthodontic treatment: a systematic review // Med. Oral. Patol. Oral Cirugía Bucal. – 2016. – Vol. 21, №6. – P. 703-712.8
6. Jędrzejewski M., Smektała T., Sporniak-Tutak K., Olszewski R. Preoperative, interoperative, and postoperative complicationis in orthognatic surgery; a systematic review // Clin. Oral. Investig. – 2015. – Vol. 19. – P. 969-977.6
7. Vercellotti T., Podesta A. Orthodontic microsurgery: a new surgical guided technique for dental movement // Int. J. Periodont. Rest. Dent. – 2007. – Vol. 27, №4. – P. 325-331.7
8. Young-Kyun Kim J. Complcatios assoiated with orthognatic surgery // Korean Assoc. Maxillofac. Plast. Reconstr. Surg. – 2010. – Vol. 32. – P. 416-421.5

УДК: 616.716.8-003.87-07-08
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-5>

К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ КЕРАТОКИСТ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ



Дадамов А.Д., Байходжаева Э.Б.

*Ташкентский государственный стоматологический институт
 Ташкентский областной онкологический диспансер*

Аннотация

Рассматриваются вопросы дифференциальной диагностики кератокиста с амелобластомой и другими одонтогенными кистами челюстных костей. Сделан акцент на цитоморфологических особенностях кератокиста: цитологические различия в биопсийном материале при паракератокисте и ортокератокисте, иммуногистохимической диагностике по цитокератину. Рассматриваются варианты лечения больных, направленные как в сторону радикального подхода (частичная резекция челюсти с одномоментной костной пластикой), так и малоинвазивных, органосохраняющих методов.

Ключевые слова: новообразования челюстных костей, кератокиста, паракератокиста, ортокератокиста, амелобластома, фиброзная дисплазия, эпителий, цистомия, цистэктомия, диагностика, лечение, реабилитация.

Annotation

The review deals with the differential diagnosis of keratocysts with ameloblastoma and other odontogenic tests of the jaw bones. Emphasis is placed on the cytomorphological features of keratocysts: cytological differences in the biopsy material for parakeratocysts and orthokeratocysts, immunohistochemical diagnosis of cytokeratin. Treatment methods for patients directed both towards a radical approach (partial resection of the jaw with a single – stage bone plate), and minimally invasive are considered.

Hulosa

Tadqiqot keraokistlarning ameloblastoma va jag' suyaklarining boshqa odontogen kistlari bilan ajratib

turadigan diagnostikasi bilan boqlig'. Keratokistalarning sitomorfologik xususiyatlariga alohida e'tibor qaratilgan: parakeratokistalar va ortokeratokistalar uchun biopsiya materialidagi sitilogik farqlar, sitokeratinning immunohistokimyoviy diagnostikasi. Bemorlarning davolanish imkoniyatlari radikal yondashuvga (bir vaqtning o'zida suyak pardasi bilan birga qisman rezektsiya qilish) va past invaziv, organli saqlash usullariga qaratilgan.

Новообразования челюстных костей – одна из наименее решенных проблем челюстно-лицевой хирургии. Ни клиническое обследование, ни самые современные методы лучевой диагностики не позволяют с высокой степенью достоверности судить о характере поражения ввиду большого сходства рентгенологической картины целого ряда опухолей различного генеза. Даже проведенная биопсия при отсутствии современных иммуногистохимических (ИГХ) исследований не лишена погрешностей.

Особое место в ряду костных новообразований занимает кератокиста ввиду своей чрезвычайно высокой агрессивности, сложностей при проведении дифференциальной диагностики с другими одонтогенными, а также остеогенными новообразованиями, неудовлетворительным послеоперационным прогнозом. Лишь к середине 60-х годов прошлого столетия у специалистов сложилось определенное представление о кератокисте челюсти (первичная одонтогенная киста), сформулированы клинические и рентгенологические характеристики, предприняты первые шаги по цитоморфологической верификации опухоли [1, 3, 6, 15, 26, 32].

Сегодня известно, что для кератокисты – одно из одонтогенных новообразований, встречающейся в челюстных костях, в качестве этиологических факторов которого рассматриваются эмбриональные и генетические нарушения, а также дисбаланс в дифференцировке клеток базального слоя эпителия. Ген PTCH является одним из 50 генов-супрессоров опухолей человека, доминантные мутации в котором приводят к развитию Naevoid Basal Cell Carcinom-синдрома (NBCC – Gorlin – Goltz-синдром). Клинически NBCC-синдром характеризуется различными проявлениями и степенью выраженности; как правило, это базальноклеточные карциномы кожи с локализацией преимущественно в средней зоне лица – периорбитальные области, веки, нос, щеки. Тем не менее, мутации гена PTCH в связи с его переменной экспрессивностью найдены не у всех пациентов с NBCC-синдромом [12, 20, 28, 37].

Не прекращаются споры относительно места кератокисты в классификации первичных костных опухолей челюстей. В 2005 г. ВОЗ, учитывая частый примордиальный характер с признаками экспансивного роста, предложила переклассифицировать новообразование в доброкачественную опухоль. Однако другие исследователи приводят убедительные доводы в пользу возвращения кератокисты на прежнее место в

классификации, оставив за ней статус опухолеподобного образования [7, 12, 17, 25, 27, 31].

В доступной учебной и научной литературе в разделе «Одонтогенные кисты челюстей» сведения о кератокисте представлены крайне поверхностно. Малочисленность исследований по патофизиологии кератокист, отсутствие характерной симптоматики клинико-рентгенологического исследования, высокая инвазивность и большое число рецидивов в послеоперационном периоде свидетельствуют о нерешенности многих вопросов классификации, дифференциальной диагностики и лечения рассматриваемой нозологии.

Кератокисты могут развиваться в любой топографической зоне челюстей. Однако большинство поражений (70-80%) наблюдаются в нижней челюсти – в области третьих моляров и восходящей ветви. Клиника кератокист, как правило, бессимптомна, специфических клинических признаков, сугубо характерных для кератокист, не обнаружено. Роль воспалительного фактора, лежащего в основе развития радикальных и других видов кист, при кератокистах не выявлена. Тем не менее, из клинических симптомов (если они проявляются) наиболее распространенными являются отеки, боли, парестезии, ограничение открывания рта; реже наблюдаются изъязвления слизистой и патологические переломы. Субъективные жалобы пациентов в виде расстройств иннервации, деформации челюстей, резорбтивные процессы в корнях зубов, чаще свидетельствуют об амелобластоме, хотя при этом следует исключить и остеогенные новообразования. У некоторых больных встречаются множественные кератокисты, что, как правило, сочетается с другими пороками развития, наблюдаемыми при NBCC-синдроме, – аномалией развития позвоночника, ребер, а также мягких тканей – на пальцах и ладонях. В отличие от других одонтогенных кист, кератокисты характеризуются агрессивной клинической картиной и высокой частотой рецидивов после хирургических вмешательств, сочетая в себе патологические свойства кисты и доброкачественной опухоли. Экспансивный рост приводит к замещению окружающей костной ткани на эпителиальную. Ввиду того, что рост происходит без клинических проявлений, часто приводит к значительным деструктивным изменениям в челюстных костях. Нередко кисты обнаруживаются случайно при проведении рутинных рентгенологических исследований. Болезнь возникает во всех возрастных группах, но чаще обнаруживается во второй-третьей декаде жизни, при этом отмечена более частая (в 2-3 раза) поражаемость среди мужчин. До сих пор остается не ясным, какие морфологические структуры ответственны за частое рецидивирование кератокист. Эта клиническая проблема требует, по сравнению со всеми остальными кистами, более радикального оперативного подхода, длительного постоперационного контроля, аналогичного при опухолях [7, 9, 10, 16, 21, 22, 34].

Из механизмов, ответственных за развитие и рост кератокисты, важную роль играет нарастающее давле-

ние в полости, за что ответственны продукты обмена веществ и распада эпителиальных клеток. Эти осмотически активные продукты накапливаются в цистернах и способствуют притоку жидкости из окружающей среды. При этом стенка кисты действует как полупроницаемая мембрана (semipermeable membrane). Увеличению давления в кисте способствует и отсутствие связи с лимфатической системой, что приводит к нарушению экологии среды и осмотическому дисбалансу между полостью и окружающими тканями [16].

Рентгенодиагностика кератокист, наряду с отсутствием жалоб больного и клинических проявлений, тем не менее, является незаменимым средством в проведении диагностики и своевременной морфологической верификации новообразования. Кистозная полость чаще округлой или вытянутой по длиннику нижней челюсти формы с четкими границами. Характерно, что на рентгенограмме край полости, прилегающий к базису, имеет периферическое уплотнение кости, которое остается даже при больших участках поражения челюсти. При этом рентгенологически для кератокист, в отличие от амелобластомы и остеогенных доброкачественных опухолей, не характерна ячеистая форма поражения. Границы склерозированного пространства (т.е. самой опухоли) представлены волнообразно, гирляндобразно или в виде прямой линии. Полость, заполненная кератином, при R-исследовании четко контурируется, но из-за неравномерной резорбции отдельных ее участков создается впечатление многокамерности; костный рисунок, характерный для здоровой кости, на заинтересованном участке отсутствует. Дифференцировать с доброкачественными опухолями челюстей – амелобластомой, остеокластомой в случае их литической формы – при рентгенодиагностике не представляется возможным. Показатели денситометрии (о чем свидетельствуют данные КТ больных), как правило, не показывают зон высокой плотности и находятся в пределах 25-30 единиц Хаунсфилда (ед. Н), мало чем отличаясь при этом от показателей, наблюдаемых при амелобластоме, остеогенных опухолях и опухолеподобных новообразованиях [2, 3, 11, 13].

По мнению одной группы исследователей, контуры периодонтальной щели зубов, находящихся в области кисты, вначале сохраняются, а затем, по мере развития опухоли, исчезают. В то же время И.С. Карапетян и соавт. при клинико-рентгенологическом обследовании больных с кератокистами, выделяя характерные особенности, наиболее важными считают именно отсутствие связи с патологией зубов (периодонтальная щель зубов в заинтересованной области не нарушается), расположение полости по длиннику челюсти, отсутствие вздутия кости [4, 7, 22].

Нередко кератокисты располагаются рядом с ретенированным зубом или зачатком зуба. Пункционная диагностика позволяет получить густую массу грязно-серого цвета с неприятным запахом. Кератокиста выстлана изнутри многослойным плоским ороговевающим эпи-

телием с выраженным паракератозом; содержимое кист напоминает холестеатому. В стенке кисты непременно обнаруживаются островки одонтогенного эпителия. Как отмечено выше, кератокисту клинически и рентгенологически бывает довольно сложно дифференцировать с другими кистами и опухолями челюстей, так что цитоморфологическая верификация приобретает особое значение в постановке достоверного диагноза. При биопсии, которая при определенных условиях может одновременно явиться и первым этапом оперативного вмешательства, макроскопически можно определить полость, покрытую оболочкой, с бухтообразными выпячиваниями, вдающимися в костную ткань, с большим содержанием кератиновых масс. При гистологическом исследовании операционного материала определяют тонкую соединительнотканную капсулу, выстланную многослойным плоским эпителием с выраженными явлениями кератинизации. В эпителиальной выстилке кератокист исследователи отмечают более высокие показатели частоты митозов, нежели в эпителиальном слое других видов кист.

Наиболее достоверным цитоморфологическим исследованием кератокист сегодня является ИГХ-диагностика на цитокератин (кератин). Кератины (идентифицировано более 20 видов белков-кератинов, являющихся промежуточными филаментами при дифференцировке эпителиальных клеток) используются как важные маркеры в ИГХ-исследованиях. Результаты ИГХ-исследований показывают, что повышенная пролиферация эпителия является важным фактором агрессивности кератокист, приводящая к деструкции и замещению костной ткани. Epidermal growing factor (EGF), регулирующий пролиферацию нормальных и бластных клеток, был обнаружен ИГХ различными моноклональными телами и по сравнению с радикальной и фолликулярной кистой показал наиболее интенсивную положительную реакцию на окрашивание при кератокистах. Это указывает на внутренний высокий потенциал роста кератокисты, что не характерно для радикулярных, фолликулярных и других одонтогенных кист [19,23,32,37].

Одна из целей настоящего обзора – показать динамику совершенствования методов цитоморфологической верификации кератокист челюстных костей. Исходя из того, что лучевая диагностика целого ряда доброкачественных опухолей и опухолеподобных новообразований челюстей недостаточно информативна и не позволяет идентифицировать новообразование, в клинике челюстно-лицевой хирургии ТГСИ и отделении «Голова, шея» Ташкентского областного онкологического диспансера (ТООД), наряду с КТ-исследованием проводилась и биопсия новообразования. За период обследования (2017-18 гг.) под наблюдением находились 8 больных в возрасте от 21 года до 67 лет. У 7 больных новообразованиями была поражена нижняя челюсть (у 6 очаг поражения локализовался в области угла, у 1 очаги были множественными), у 1 больной – верхняя челюсть. По результатам цитоморфологического

заключения амелобластома диагностирована у 3 больных, фиброзная дисплазия – у 3, у 2 мужчин – кератокиста. Соотношение мужчин и женщин составило 3:1 (мужчин было 6, женщин – 2). При локализации опухоли в ретромолярной зоне нижней челюсти, используя внутриротовой доступ, в качестве объекта для биопсии бралась наружная костная пластинка с прилегающей к ней капсулой новообразования. Важной частью работы явились проведенные в лаборатории патогистологии ТООД цитоморфологические исследования биопсийного и операционного материала челюстных новообразований. Выделенный фрагмент новообразования заливали по общепринятой методике в парафиновый блок. Полученные срезы толщиной в 7-8 мкм подвергали типичной для патоморфологических лабораторий процедуре проводки, необходимой для получения гистологического препарата, окрашивание проводили гематоксилином и эозином. Препараты исследовали на микроскопе Axiom Lab.A1 (Германия).

Ссылаясь на данные литературы, следует отметить, что в зависимости от микроскопической картины описываемого препарата морфологически кератокисты подразделяют на два возможных гистологических варианта: первый – паракератокиста, второй – ортокератокиста. Первый, который встречается значительно чаще (до 80%), клинически характеризуется более агрессивным течением. Морфологическое строение стенки паракератокисты представлено на рис. 1. Полость кисты (1), ограниченная плоскоклеточным ороговевающим эпителием (2), представляет собой очень тонкую оболочку, состоящую из 3-4-х слоев дифференцирующихся клеток (3), заканчивающихся базальной мембраной. Базальный слой клеток характеризуется в целом палисадно-расположенными преимущественно цилиндрическими клетками с гиперхромными поляризованными ядрами (4). При этом палисадное расположение и гиперхромность ядер базальных клеток являются главной особенностью, используемой в дифференциальной

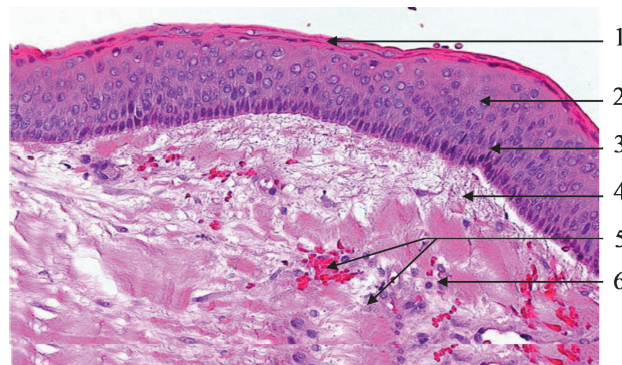


Рис. 1. Кератокиста с паракератинизированным эпителием с палисадно-расположенными базальными клетками, содержащими цилиндрической формы гиперхромные ядра. Окрашка гематоксилином и эозином; x200 (по К. Dauter, 2008).

диагностике паракератинизированных кератокист. Из базального слоя клеток могут исходить эпителиальные тяжи (5) в костную ткань (6), что чаще наблюдается у пациентов, страдающих синдромом Gorlin – Goltz [16, 20, 28, 37].

Исследования свидетельствуют, что при паракератозе наблюдается разрыхление рогового слоя (*stratum corneum*) эпителия, частичное, либо полное исчезновение зернистого слоя (*stratum granulosum*), в результате чего при паракератозе клетки эпидермиса теряют способность вырабатывать кератогиалин. Клетки базального слоя при этом патологическом состоянии приобретают палочковидные ядра, что и наблюдается при биопсии паракератокист. Сама стенка кисты тонкая, при удалении легко рвется, отдельные участки кисты имеют различную плотность и состоят из рыхлых, нерегулярно расположенных волокон коллагена. Предполагается, что триггерами паракератоза в стенке кисты являются остатки зубного эпителия или же перфорация в костной ткани базального слоя клеток эпителиальной стенки [14, 18, 23, 24].

Ортокератизированный вариант (рис. 2) встречается в 5-17% случаев от общего количества кератокист. Эпителий, как правило, тонкий, однородный, имеет толщину в 4-6 клеточных слоев. В отличие от паракератинизированной формы, эпителий при ортокератинизированном варианте представлен относительно растянутым и менее волнистым. Базальные клетки по строению ближе к кубическим или плоским формам и в отличие от цилиндрических (при паракератинизированных кистах), менее поляризованы. Дочерние кисты и эктопированные пролиферирующие эпителиальные островки при ортокератинизированных вариантах наблюдаются редко.

На сегодняшний день отсутствует оптимальный вариант лечения кератокист, который позволил бы полностью удалить кисту и минимизировать частоту рецидивов. Основываясь на классических хирургических методах лечения кист челюстей, (цистотомия – Partsch I

и цистэктомия – Partsch II), предложены оригинальные усовершенствования и дополнения, направленные как в сторону радикального подхода (частичной резекции челюсти с одномоментной костной пластикой), так и малоинвазивного, органосохранного лечения. Данные литературы свидетельствуют о снижении рецидивов при радикальном хирургическом лечении, включающем резекцию челюстной кости. Несмотря на травматичность вмешательства, с возможностью повреждений анатомических структур (нервов, зубов, костной ткани), на сегодняшний день он является более надежным в плане профилактики рецидивов и возможного озлокачествления. Существовавшая долгое время опасность, что соединительнотканная организация в костной полости не будет иметь места и возникнет инфицирование, сегодня значительно снижена, так как полость заполняется авторегенерирующими костными губками, аллопластическими или ксеногенными костными наполнителями, способствуя ускорению процессов регенерации костной ткани, укорачивая период реабилитации больных [5, 8, 21, 29, 30].

Малоинвазивная хирургия с учетом возраста больного, степени поражения имеет свои показания, востребована и предусматривает возможный отказ от замены костных тканей. Способы широко распространены и сочетаются с дополнительным химическим и физическим воздействием на стенку кисты. Так, в частности, для обработки стенок кистозной полости предлагается жидкость Карнуа, обсуждается адьювантное применение криохирургии после цистэктомии: жидкий азот приводит к некрозу клеток в костной стенке кисты, в то время как неорганическая костная матрица сохраняется. При этом соседние зубы и нижнеальвеолярный нерв могут быть сохранены. Методы консервативного лечения оказываются особенно эффективными для обширных кератокист в нижней челюсти, а также из соображений предотвращения патологических переломов. Долгосрочные исследования и наблюдения за больными в реабилитационном периоде необходимы для качественной оценки радикальных и консервативных методов лечения относительно частоты рецидивирования и определения уровня комфортности жизни больных [5, 33, 35, 36].

Цистэктомия, в том числе и кюретаж, хорошо подходит для малых однокамерных кистозных образований, которые обычно не биопсируются до операции. С точки зрения пациента она представляет собой щадящий, проверенный вариант лечения с незначительными осложнениями и, в целом, благоприятным послеоперационным исходом [4, 7].

Методом выбора при хирургическом лечении является также цистотомия. Однако, учитывая частоту рецидивов и возможность малигнизации, некоторые авторы рекомендуют использовать методику двухэтапной операции, сочетающую в себе цистотомию и цистэктомию. На первом этапе проводят цистотомию – декомпрессионную операцию, при которой создается сообщение с

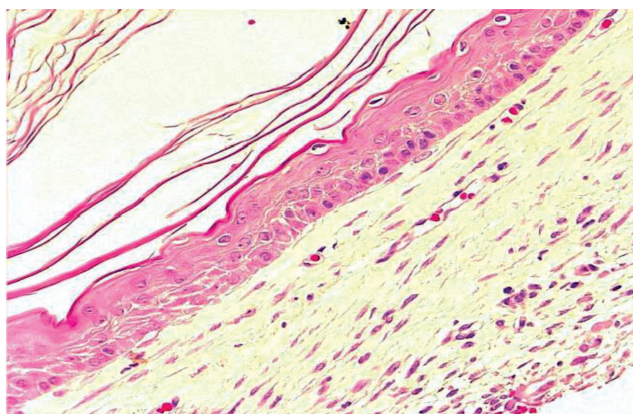


Рис. 2. Кератокиста с ортокератизированным эпителием. Базальные клетки кубической формы, поляризация их не отмечается, не наблюдается гиперхромности ядер. Окраска гематоксилином и эозином; x200 (по К. Dauter, 2008).

полостью рта на длительный период для осуществления оттока из полости кисты. На втором этапе (через 1-1,5 года) проводят цистэктомию. Двухэтапная методика лечения дает положительные результаты при использовании ее и в амбулаторных условиях; позволяет сохранить челюстную кость, зубы, нервы [3, 7].

Отмечая высокую поражаемость кистами врожденного и приобретенного характера, следует отметить, что начало деструктивных изменений в челюстных костях приходится, как свидетельствуют многочисленные исследования, на постпубертатный период, ко времени завершения формирования постоянного прикуса. Ввиду того, что для большинства рассматриваемых новообразований клинические признаки долгое время могут не проявляться и обнаруживаются часто случайно, то больные впервые обращаются за помощью, когда опухоль достигает уже значительных размеров и приводит к объемным деструктивным изменениям. Такой запущенный статус требует проведения технически сложных костнопластических вмешательств, нередко приводящих к рецидивам и инвалидизации больных.

Практическая рекомендация

С целью профилактики и ранней диагностики новообразований в челюстных костях и с учетом исключительной роли зубов мудрости в патологических процессах челюстно-лицевой области (включая вопросы ортодонтии, воспалительные процессы, травмы), настоятельно рекомендуем медицинским структурам, занимающимся стоматологией детского возраста в рамках проводимой диспансеризации школьников, утвердить тест на «зубы мудрости» с обязательным его проведением в 14-15-летнем возрасте в виде ортопантограммы для получения исчерпывающей картины состояния зубочелюстной системы подростка.

Список литературы

1. Аснина С.А. Одонтогенные кисты челюстей. – М.: Практ. медицина, 2012. – 72 с.
2. Бабиченко И.И., Цимбалист Н.С., Рыбальская В.Ф. и др. Роль Wnt/ β -катенин-сигнального пути в формировании амелобластомы // *Стоматология*. – 2018. – Т. 97, №2. – С. 22-25.
3. Базилян Э.А., Гончаров И.Ю., Козлова М.В. Одонтогенные кисты челюстей: Учеб. пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 80 с.
4. Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи. – М., 2004. – 232 с.
5. Погосян А.Ю. Лечение кератокист челюстей с применением деминерализованного костного матрикса в сочетании с богатой тромбоцитами плазмой крови // *Вопр. теорет. и клин. медицины*. – 2011. – №6. – С. 42-45.
6. Салеев Р.Н., Абдрашитова А.Б. Фиброзная дисплазия с кистозной трансформацией в области нижней челюсти справа (очаговая форма) // *Клин. стоматол.* – 2018. – №1 (85). – С. 50-53.
7. Сёмкин В.А., Бабиченко И.И. Одонтогенные кисты и опухоли (диагностика и лечение). – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
8. Триголос Н.Н., Фирсова И.В., Поройская А.В., Македонова Ю.А. Фиброзные поражения челюстей // *Волгоградский науч.-мед. журн.* – 2015. – №3. – С. 22-24.
9. Черниговская В.Н. Кератокисты челюстных костей у детей: Автореф. канд. мед. наук. – М., 2009. – 18 с.
10. Ali M., Baughman R.A. Maxillary odontogenic keratocyst: a common and serious clinical misdiagnosis // *J. Amer. Dent. Assoc.* – 2003. – Vol. 134, №7. – P. 877-883.
11. Aiji Y., Morita M., Katsumata A. et al. Imaging features contributing to the diagnosis of ameloblastomas and keratocystic odontogenic tumours: logistic regression analysis // *Dentomaxillofac. Radiol.* – 2011. – Vol. 40, №3. – P. 133-140.
12. Barnes I., Eveson J.W., Reichart P., Sikrinsky D. World Health Organization, classification of tumors, pathology and genetics // *Head and neck tumors*. – Lyon, 2005.
13. Chapelle K.A., Stoelinga P.J., de Wilde P.C. et al. Rational approach to diagnosis and treatment of ameloblastomas and odontogenic keratocysts // *Brit. J. Oral. Maxillofac. Surg.* – 2004. – Vol. 42, №5. – P. 381-390.
14. Chemli H., Dhouib M., Karray F., Abdelmoula M. Risk factors for recurrence of maxillary odontogenic keratocysts // *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.* – 2010. – Vol. 11, №4. – P. 189-192.
15. Chirapathomsakul D., Sastravaha P., Jansisyanont P. A review of odontogenic keratocysts and the behavior of recurrences // *Oral Radiol. Endod.* – 2006. – Vol. 101, №1. – P. 5-9.
16. Dauter K. Der keratozystische odontogene Tumor (Keratozyste) – klinische, therapeutische und immunhistochemische Parameter. – Berlin: Der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin, 2008. – 153 s.
17. El-Naggar A.K., Grandis J.K.C., Takata J. et al. WHO Classification of Head and Neck Tumors. – 4th ed. – Lyon (France), 2017. – Vol. 9.
18. Giuliani M., Grossi G.B., Lajolo C. et al. Conservative management of a large odontogenic keratocyst: report of a case and review of the literature // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2006. – Vol. 64, №2. – P. 308-316.
19. Gonzalez-Moles M.A., Mosqueda-Taylor A., Delgadodríguez M. Analysis of p53 protein by PAb240, Ki-67 expression and human papillomavirus. DNA detection in different types of odontogenic keratocyst // *Anticancer Res.* – 2006. – Vol. 26, №1A. – P. 175-181.

20. Grgic A., Aliani S., Dill-Mueller D. et al. Nevroid basal cell carcinoma syndrome // *Rontgenpraxis*. – 2005. – Vol. 56, №1. – P. 29-36.
21. Habibi A., Saghravanian N., Habibi M., Mellati E. Keratocystic odontogenic tumour: a 10-year retrospective study of 83 cases in an Iranian population // *J. Oral Sci.* – 2007. – Vol. 49, №3ю – P. 229-235.
22. Kaplan I., Hirshberg A. The correlation between epithelial cell proliferation and inflammation in odontogenic keratocyst // *Oral Oncol.* – 2004. – Vol. 40, №10. – P. 985-991.
23. Kolar Z., Geierova M., Bouchal J. et al. Immunohistochemical analysis of the biological potential of odontogenic keratocysts // *J. Oral Pathol. Med.* – 200. – Vol. 35, №2. – P. 75-80.
- Lam K.Y., Chan A.C. Odontogenic keratocyst: a clinic-pathological study in Hong Kong Chinese // *Laryngoscope*. – 2000. – Vol. 110. – P. 1328-1332.
- Li T.J. The odontogenic keratocyst: a cyst, or a cystic neoplasm? // *J. Dent. Res.* – 2011. – Vol. 90, №2. – P. 133-142.
26. MacDonald-Jankowski D.S. Keratocystic odontogenic tumour: systematic review // *Dentomaxillofac. Radiol.* – 2011. – Vol. 40, №1. – P. 1-2.
27. Madras J., Lapointe H. Keatocystic odontogenic tumour: reclassification of the odontogenic keatocyst to tumour // *J. Canad. Dent. Assoc.* – 2008. – Vol. 74, №2. – P. 165-168.
28. Manfredi M., Vescovi P., Bonanini M., Porter S. Nevroid basal cell carcinoma syndrome: a review of the literature // *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2004. – Vol. 33, №2. – P. 117-124.
29. Morgan T.A., Burton C.C., Qian F. A retrospective review of treatment of the odontogenic keratocyst // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2005. – Vol. 63 (№5): 635-639.
30. Pogrel M.A., Jordan R.C. Marsupialization as a definitive treatment for the odontogenic keratocyst. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 2004, Vol. 62 (№6): P. 651-656.
31. Reichart P.A., Philipsen H.P., Sciubba J.J. Die neue WHO Klassifikation der Tumoren des Kopfes und des Halses // *Mund, Kiefer und Gesichtschir.* – 2006. – Bd. 10, №1. – S. 1-2.
32. Saracoglu U., Kurt B., Gunhan O., Guven O. MIB-1 expression in odontogenic epithelial rests, epithelium of healthy oral mucosa and epithelium of selected odontogenic cysts. An immunohistochemical study // *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.* – 2005. – Vol. 34, №4. – P. 432-435.
33. Schmidt B.L., Pogrel M.A. The use of enucleation and liquid nitrogen cryotherapy in the management of odontogenic keratocysts // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2001. – Vol. 59. – P. 720-727.
34. Shear M. Odontogenic keratocysts: clinical features // *Oral Maxillofac. Surg. Clin. North Amer.* – 2003. – Vol. 15, №3. – P. 335-345.
35. Stoelinga P.J. Excision of the overlying, attached mucosa, in conjunction with cyst enucleation and treatment of the bony defect with carnoy solution // *Oral Maxillofac. Surg.* – 2003. – Vol. 15, №3. – P. 407-414.
36. Stoelinga P.J. The treatment of odontogenic keratocysts by excision of the overlying, attached mucosa, enucleation, treatment of the bony defect with carnoy solution // *Oral Maxillofac. Surg. Clin. North Amer.* – 2005. – Vol. 63, №11. – P. 1662-1666.
37. Todd R., August M. Molecular approaches to the diagnosis of sporadic and nevroid basal cell carcinoma syndrome-associated odontogenic keratocysts // *Oral Maxillofac. Surg. Clin. North Amer.* – 2003. – Vol. 15, №3. – P. 447-461.

УДК: 616.314-089.843]-7+611.018.52/.54
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-26>

ПРЕИМУЩЕСТВА ДВУХЭТАПНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЬЕЗОИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ КОСТНОГО РАСЩЕПЛЕНИЯ И АУТОГЕННОЙ ПЛАЗМЫ КРОВИ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ



**Садикова Х.К., Махкамов Б.М.,
Абдувалиев Н.А.,
Мамурбоева М.Б., Исомов М.М.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Цель: повышение эффективности лечения пациентов при проведении отсроченной двухэтапной имплантации с использованием аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами. Материал и методы: проведено комплексное обследование и хирургическое лечение 17 пациентов в возрасте от 35 до 65 лет с вторичной частичной адентией. Пациентам 1-й группы введено 27 имплантатов по обычной общепринятой ме-

тодике, больным 2-й группы введено 14 имплантатов. В этой группе при проведении отсроченной двухэтапной имплантации применяли аутогенную плазму крови, обогащенную тромбоцитами. Результаты: у пациентов 2-й группы при проведении отсроченной двухэтапной эндооссальной имплантации винтовыми имплантатами использование аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, в форме мембраны способствовало благоприятному протеканию раннего послеоперационного периода, уменьшению количества воспалительных осложнений при полном отсутствии периимплантита в позднем послеоперационном периоде. **Выводы:** применение аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, позволило провести интеграцию кости и заживлению раны без каких-либо послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: пьезохирургия, остеотомия, денальная имплантация, аутогенная плазма крови, атрофия альвеолярного края, костная пластика.

Annotation

Advantages of two-stage implantation with the use of piezosurgery for bone splitting and autogenous blood plasma enriched with platelets

The article considers the use of ultrasonic bone surgery in dentistry and maxillo-facial surgery, provides a brief review of literature. The authors presents the indications and advantages of using this technique bone preparation for implantation. The article also describes applied aspects and explains the most efficient, according to the authors, using the method of piezo-instruments for bone splitting and autogenous platelet-rich blood plasma in the practice of an oral surgeon.

Key words: piezosurgery, osteotomy, dental implant, autogenous platelet-rich blood plasma, alveolar ridge atrophy, bone grafting.

Применение пьезоинструментов в костной хирургии является перспективным и уже хорошо зарекомендовавшим себя методом. Основными его достоинствами являются эффективность, безопасность и точность. Многочисленные научные данные свидетельствуют об удобстве использования этой методики в сложных клинических случаях.

В практике врача-стоматолога очень часто встречается критическая атрофия альвеолярных отростков челюстей. Они увеличивают время хирургического лечения и сроки протезирования. Поэтому установка имплантатов без предварительной костной пластики является более предпочтительной. В этих случаях помогает применение методик щадящего препарирования, остеотомии, расщепления альвеолярного гребня. При этом необходимо в полной мере использовать костный ресурс по высоте и ширине, т.е. длина и диаметр имплантатов должны быть максимально возможными.

Очень распространенной ошибкой является недооценка объема кости, использование чрезмерно коротких или тонких имплантатов.

Применение аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, при отсроченной двухэтапной имплантации

Внутрикостная имплантация занимает видное место в комплексной реабилитации пациентов с дефектами зубных рядов. На сегодняшний день объективный успех метода ни у кого не вызывает сомнений. Однако в настоящее время не ясны причины полного или частичного отсутствия интеграции кости в области винтовых имплантатов при благоприятно протекающем послеоперационном периоде. В связи с этим возникает необходимость усовершенствовать комплекс мероприятий, направленных на повышение эффективности внутрикостной имплантации.

Одним из наиболее эффективных средств, повышающих регенерационные возможности тканей при местном применении, является плазма крови пациента, обогащенная тромбоцитами. Именно тромбоциты содержат в высокой концентрации факторы роста, инициирующие процессы регенерации.

Цель исследования: повышение эффективности лечения пациентов при проведении отсроченной двухэтапной имплантации с использованием аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами.

Материал и методы

Нами проведено комплексное обследование и хирургическое лечение 17 пациентов в возрасте от 35 до 65 лет с вторичной частичной адентией. Всего введен 41 двухэтапный винтовой имплантат. 11 пациентам 1-й группы введено 27 имплантатов по обычной общепринятой методике. 6 больным 2-й группы введено 14 имплантатов. В этой группе при проведении отсроченной двухэтапной имплантации применяли аутогенную плазму крови, обогащенную тромбоцитами.

В своей работе мы использовали методику F. Adda (2003), которая после центрифугирования крови обеспечивала получение тромбоцитов с повышенным содержанием фибрина (FRP – Fibrine Riche en Plaque). В FRP, помимо тромбоцитов, содержатся лейкоциты.

Перед операцией имплантации у пациентов проводили забор крови из локтевой вены в количестве, адекватном объему, требующимся для данной операции. Для забора крови использовали одноразовые пробирки объемом 07-9 мл (рис. 3). После забора крови пробирки помещались в центрифугу. Центрифугирование крови проводилось 15 минут при 2500 об/мин. В пробирках образовывалось три фракции. В нижней части осаждались эритроциты, в верхней – плазма с низким содержанием тромбоцитов. Между двумя этими фракциями находился сгусток с высоким содержанием тромбоцитов, который извлекали пинцетом и помещали на сте-

рильную поверхность. После извлечения из пробирки и отделения с помощью ножниц эритроцитарной массы полученный сгусток тромбоцитов с повышенным содержанием фибрина использовался нами в форме мембраны.

Результаты и обсуждение

Операцию внутрикостной имплантации проводили по общепринятой методике, используя «PIEZOTOME» для костного расщепления. Охлаждение костной ткани и режущих инструментов во время операции осуществлялось стерильным физиологическим раствором. После установки имплантатов в костное ложе применяли FRP в форме мембраны для закрытия имплантатов и костной раны перед наложением швов с целью направленной регенерации тканей и дополнительной изоляции костной раны от полости рта.

На 2-м этапе у всех пациентов рентгенологически контролировались расположение имплантата и состояние прилежащей костной ткани. Вскрытие имплантата проводили с помощью перфоратора, которым иссекалась вся толща тканей над шейкой имплантата. Удаляли винт-заглушку, промывали внутреннюю часть имплантата раствором хлоргексидина биглюконата и устанавливали формирователь десневой моноресницы (ФДМ) на срок от 3-х до 7 дней.

После удаления ФДМ фиксировали супраструктуру, опорную головку, фиксирующий винт и проводили рациональное протезирование.

В послеоперационном периоде у пациентов 1-й группы наблюдались послеоперационный отек мягких тканей и болевой синдром. У 4 (3,4%) больных развилась гематома мягких тканей. В связи с этим швы были частично сняты, и произведено опорожнение гематомы. На этом участке происходило вторичное заживление раны. У 5 (5,1%) больных этой группы наблюдалось прорезывание швов и расхождение краев раны слизистой оболочки альвеолярного отростка, которые сопровождалась частичным обнажением винта-заглушки. После купирования отека были наложены вторичные швы. После операции швы снимали на 9-10-е сутки.

В период репаративной регенерации костной ткани в области 9 (3,3%) имплантатов развился периимплантит, 5 (1,8%) имплантатов отторглись в связи с отсутствием интеграции кости в области имплантатов. Спустя 3-4 месяца была проведена реимплантация с последующим положительным результатом.

При рентгенологическом исследовании перед 2-м этапом наблюдалась убыль костной ткани в области шейки имплантата от 1 до 2 мм.

У пациентов 2-й группы, у которых во время операции применялась аутогенная плазма крови, обогащенная тромбоцитами, в послеоперационном периоде выраженного отека мягких тканей и гематом не наблюдалось, болевой синдром отсутствовал. Послеоперационный период протекал гладко.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ



Рис. 1.

Рис. 2.

В одном случае отмечалось расхождение краев раны, но обнажения винта заглушки не произошло, так как костная рана была закрыта FRP в форме мембраны и послеоперационная рана эпителизовалась без осложнений. Швы у больных этой группы снимали на 6-7-е сутки после операции.

В период репаративной регенерации костной ткани периимплантитов не зафиксировано, однако во время проведения 2-го этапа у больной, которой было установлено 3 имплантата, в области одного из них отсутствовала интеграция кости при благоприятно протекающем послеоперационном периоде. Имплантат был извлечен и через 3 месяца проведена реимплантация.

При рентгенологическом исследовании перед 2-м этапом у пациентов 2-й группы костная ткань в области шейки имплантатов отличалась более плотным строением, и убыли ее мы не наблюдали.

Пациентка К.О., 1967 г.р., астенического телосложения, обратилась с жалобами на отсутствие зубов, затруднение при пережевывании пищи и эстетический дефект. Из анамнеза: зубы удалены более 10 лет назад, отмечает травматичность операции. При осмотре выявлено отсутствие 35, 36, 37 зубов. Диагноз: частичная вторичная адентия (2-й класс по Kennedy), ортогнатический прикус, глубокое резцовое перекрытие, 3-й тип кости по Lekholm/Zarb, C тип атрофии по Misch/Judy, тонкий фенотип десны (рис. 1).

План лечения: установить 2 монолитных имплантата с опорной целью для дальнейшей фиксации несъемного металлокерамического мостовидного протеза.

Хирургический протокол: под мандибулярной и инфльтрационной анестезией (Ubistesin forte 3.4 ml) произведен разрез слизистой по вершине альвеолярного гребня в области от 38 до 34 (внутрибороздково) зубов, скелетирован альвеолярный отросток, определяется его экстремальная атрофия.

Тонкий альвеолярный гребень расщеплен продольно по вершине с помощью пьезохирургии, пилотным сверлом сформирован направляющий костный ход (рис. 2).

Под контролем позиции центра, наклона и глубины погружения произведена машинная установка двух монолитных имплантатов (рис. 3). Костная ложа заполнена

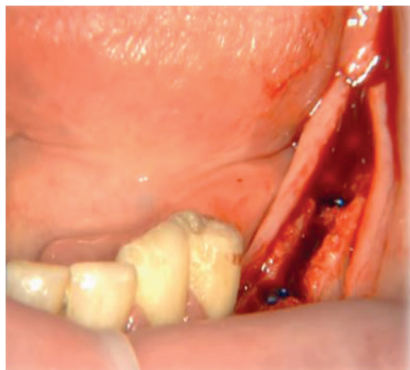


Рис. 3.



Рис.4



Рис. 5.

остеопластическим материалом. Наложена аутогенная плазма крови, обогащенная тромбоцитами как мембрана (рис. 4). Проверена межжюкклюзионная высота. Слизисто-надкостничные лоскуты мобилизованы, рана ушита без натяжения с небольшим избытком ткани с вестибулярной стороны (рис. 5). Имплантаты установлены в оптимальном положении для дальнейшего протезирования.

Назначения: холод местно, антибактериальная терапия (азитромицин 500 мг 1 раз в день 3 дня), НПВС при болях (нимесил). Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление раны первичным натяжением. Швы сняты на 6-е сутки после операции.

Заключение

У пациентов 2-й группы при проведении отсроченной двухэтапной эндооссальной имплантации винтовыми имплантатами использование аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, в форме мембраны способствовало благоприятному протеканию раннего послеоперационного периода, уменьшению количества воспалительных осложнений при полном отсутствии периимплантита в позднем послеоперационном периоде.

Выводы

1. Пьезохирургическая методика расщепления альвеолярного гребня является простым и безопасным методом в имплантологии.
2. Применение методики расщепления альвеолярного гребня и установка имплантатов в случаях сильной атрофии альвеолярного отростка челюстей является альтернативой общепринятой методике, и это позволяет значительно сократить время лечения.
3. Применение аутогенной плазмы крови, обогащенной тромбоцитами, позволило провести интеграцию кости и заживлению раны без каких-либо послеоперационных осложнений, таких как выраженный отек мягких тканей, гематомы и болевой синдром.

Список литературы

1. Верчеллотти Т. Использование пьезоэлектрических инструментов в имплантологии: новый подход к

расширению альвеолярного отростка на примере клинического случая // Дентальная имплантол. и хирургия. – 2012. – №2 (7). – С. 50-54.

2. Мовсесян Г. Комбинация техники направленной регенерации кости и пересадки костного блока как наиболее перспективный метод костной пластики (аугментации) при подготовке альвеолярной кости к имплантации // Новое в стоматологии. – 2012. – №7. – С. 35-38.
3. Никитин Д.А. Хирургическое лечение и реабилитация больных с дефектами, деформациями и атрофией нижней челюсти с применением инновационных технологий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012.
4. Полупан П. В. Одноэтапная имплантация – новый горизонт в имплантологии // Dental Tribune Россия. – 2014. – №1 (13). – С. 6-8.
5. Полупан П.В. Костная пластика и дентальная имплантация: взгляд на проблему // Мед. алфавит. – 2014. – Т. 2 (Стоматология), №13. – С. 32-35.
6. Полупан П.В. Одноэтапная концепция: философия, особенности и протокол имплантации // Мед. алфавит. – 2014. – Т. 2 (Стоматология), №7. – С. 18-24.
7. Сибатян Б.С. Восстановление костной ткани при лечении пациентов с использованием дентальных имплантатов в различных клинических ситуациях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2012.
8. Яременко А.И., Котенко М.В., Раздорский В.В., Снежко В.В. Сравнительный анализ эффективности методов немедленной имплантации (Ч. I) // Институт стоматологии. – 2013. – №2 (33). – С. 10-11.
9. Troedhan A., Kurrek A., Wainwright M. Ультразвуковые пьезохирургические инструменты: какими преимуществами для наших пациентов они обладают и увеличивают ли они продолжительность операции? // Дентальная имплантол. и хирургия. – 2012. – №2 (7). – С. 58-64.
10. Troedhan A., Kurrek A., Wainwright M., Jank S. Schneiderian membrane detachment using transcresal hydrodynamic ultrasonic cavitation sinus lift: a human cadaver head study and histologic analysis // J. Oral Maxillofac Surg. – 2014. – Vol. 72, №8. – P. 1503-1510.

УДК: 616.314-77-035.1-036.838
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-19>

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ СЪЕМНЫХ И НЕСЪЕМНЫХ КОНСТРУКЦИЙ ИЗ ТЕРМОПЛАСТОВ



Тиллаходжаева М.М., Акбаров А.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

За последние годы стоматология развивается «семи-миллионными» шагами – это и имплантология, и гнатология, и цифровая стоматология. Осваивая эти серьезные, нужные, правильные направления и внедряя их в свою практику, мы поднимаем статус наших клиник и свой уровень владения профессией на должную высоту. Несмотря на это, съёмные протезы по-прежнему актуальны. Наибольшей популярностью пользуются съёмные конструкции из термопластов.

Ключевые слова: съёмный протез, гибкость и прочность, преимущества и недостатки.

Annotation

In recent years, dentistry is developing with rapid strides in implantology, and gnathology, and digital dentistry and mastering these serious, right, correct direction and incorporating them into their practices, we raise the status of our clinics and their level of knowledge of the profession to the highest level. Despite this, removable dentures are still relevant. The most popular are removable structures made of thermoplastics. We will tell you about their advantages and disadvantages in this article

Key words: removable prosthesis, flexibility and strength, advantages and disadvantages.

В последнее время на стоматологическом рынке появились технологии изготовления съёмных и несъёмных конструкций из термопластов. Общую характеристику термопластов определяет само название – «материал, пластичный при нагреве», то есть эти материалы приобретают необходимую форму в разогретом состоянии без применения мономеров. Еще в 50-х годах прошлого

века в США начался поиск нетоксичных и гипоаллергенных материалов для изготовления съёмных протезов. В результате научно-исследовательской работы такие материалы были выделены – термопласты. Они обладали биологически нейтральной реакцией, то есть не оказывали токсического и аллергического воздействия на организм. Кроме того, высокая степень пластичности, способность запоминания формы, точность при изготовлении, наличие широкой световой гаммы позволяют расширить возможности частичного и полного протезирования, шинирования, изготовления имедиат-протезов, десневых протезов, шин-протезов и повысить их эстетические качества.

Незаменимым материалом в изготовлении съёмных конструкций является нейлон. Перед тем как говорить о преимуществах и недостатках протезов из нейлона, необходимо вспомнить, что это за материал.

Более чем за полвека производство нейлона не изменилось. 1953 год, Нью-Йорк – дата и место рождения нейлона – материала будущего, как говорили когда-то. Отцом материала был английский химик Каротерс, матерью промышленный – гигант Дюбон. Волокно Каротерс назвал по-английски Neylon в честь Нью-Йорка – родины открытия и своей родины – Лондона.

Исходным сырьем является капролактан, вещество с короткими молекулами мономера, который плавят при высокой температуре и превращают в полимер с длинными молекулами. Образовавшиеся нити вытягивают таким образом, что их длина увеличивается в пять раз, а молекулы мономера выстраиваются, как по линейке, вдоль волокна, что придает нити дополнительную прочность и легкость. Эти качества нейлона являются преимущественными при изготовлении съёмных конструкций.

Вернёмся в настоящее и выясним, в чём же преимущества и недостатки нейлоновых протезов в сравнении с акриловыми и металлическими.

Нейлоновые протезы более гибкие и эластичные, но при этом могут похвастаться повышенной прочностью. Гибкие протезы обладают точной посадкой и надёжной фиксацией. Они удерживаются на дёснах посредством денто-альвеолярных нейлоновых кламмеров, которые также изготавливаются из силикона, что делает их незаметными в полости рта. При их установке обточка зубов не проводится, и во время эксплуатации протеза зубы не расшатываются.

Ещё одним несомненным достоинством нейлона является его неспособность впитывать влагу. Это означает, что микроорганизмы просто не смогут поселиться в нём. В то время как акрил – просто рай для бактерий.

Нейлоновые протезы неотличимы от настоящих зубов. В состав материала входит краситель, который придаёт протезам естественный вид. К тому же отсутствие металлических креплений не выдаёт отсутствие собственных зубов.

Несмотря на все свои преимущества, нейлоновые протезы имеют ряд недостатков. Так, при низком при-

кусе между акриловыми зубами и нейлоном образуются отложения. Это происходит из-за отсутствия химического соединения зубов и десны. Именно с этой особенностью связана необходимость раз в два месяца сдавать протез на профессиональную чистку.

Гибкие нейлоновые протезы относятся к категории съемных протезов погружающегося типа, т.е. передача жевательного давления осуществляется на слизистую протезного ложа с включением гингиво-мышечного рефлекса для регулировки процесса жевания, который призван защитить слизистую от перегруза и соответственно позволяет развить нужный тонус жевательной мускулатуре. Не самый лучший рефлекс, т.к. нарушает истинную физиологию жевания. Нормальный физиологический рефлекс – это пародонто-мышечный, при котором сила сокращения жевательных мышц регулируется степенью чувствительности рецепторов периодонта зубов, участвующих в акте пережевывания пищи. Подключение этого рефлекса могут обеспечить только протезы опирающегося типа, т.е. бюгеля, в которых аттачменты вместе с интерлоками; а также различные кламмерные системы опорно-удерживающего типа осуществляют передачу жевательного давления на оставшиеся зубы в пределах 70-80%. Для сравнения у пластиночных протезов погружающегося типа этот показатель составляет 15-20%.

Другим отрицательным фактором гибких протезов является плотный охват альвеолярных отростков и протезного ложа, усиленный еще передачей жевательного давления на слизистую и ведущий к ишемии (обескровливанию) тканей протезного ложа, которая активизирует процессы остеокластирования (рассасывания кости), простым языком: «Кость съедается, садится», а это резко ухудшает анатомические условия для последующих полных съемных протезов.

Гибкие системы из нейлона крепятся к опорным зубам. При отсутствии всех зубов систему приходится фиксировать клеящими средствами, а это приносит пациенту постоянное чувство дискомфорта.

Постоянные нагрузки на челюсть приводят к её проседанию. Каждый год она уменьшается примерно на 1 мм. Как результат, уже через 2 года конструкция становится непригодной для эксплуатации, её приходится заменять. Починка и перебазировка практически невозможна по причине сложности и дороговизны ее осуществления. Перебазировка нейлонового или полипропиленового протеза сопоставима по затратам с изготовлением нового протеза, а качество протеза после перебазировки оставляет желать лучшего. При перебазировке базис протеза становится толще. А чем толще базис, тем он менее эластичен!

Нейлоновый протез можно откорректировать, но после модификаций он плохо полируется и со временем (примерно через полгода) теряет гладкость и первоначальный цвет. А между тем эстетическая составляющая – одно из главных его преимуществ.

Протезирование зубов нейлоновыми протезами применяется как при частичной, так и полной потере зубов и является из наиболее современных методов съемного протезирования зубов в современной стоматологии. Сегодня на рынке стоматологических материалов появилось много аналогов материала «Valplast», но мы используем только фирменный, качество которого проверено временем. Запатентованный тип нейлона, Valplast (валпласт), был представлен в 1953 году в США как пластик для изготовления основ протезов, обладающий особыми свойствами гибкости. Он и должен был заменить металлические сплавы и акриловые комбинации, используемые в обычных частичных съемных зубных протезах.

Установка ортодонтических систем из нейлона рекомендуется:

- при утрате одной или нескольких единиц зубов;
- при возникновении аллергических реакций на различные виды металлов;
- при возникновении аллергической реакции на протезы, для изготовления которых применяется акриловая пластмасса;
- когда у пациента имеется такое заболевание, как пародонтит, которое становится противопоказанием к изготовлению иных видов протезирования;
- в случаях, когда пациент не желает проводить препарирование опорных зубов;
- в случаях, когда профессия пациента связана с высоким риском получить травму лица.

Нейлоновые зубные протезы имеют и свои противопоказания к использованию. Установка недопустима если:

- при нависании альвеолярного гребня;
- при выраженной атрофии альвеолярных отростков;
- при серьезных дефектах зубных рядов;
- при тяжелой стадии пародонтоза;
- при наличии гингивита или пародонтита, когда произошло оголение корней; неправильные коронки, которые могут воспрепятствовать установке конструкции; если десневой край опорных зубов отличается по уровню; при атрофии десны с образованием низкого уровня.

Список литературы

1. Абакаров С.И. *Современные конструкции несъемных зубных протезов*. – М., 1994.
2. Абдувакилов Ж.У., Байбекова Э. М. Влияние полных съемных зубных протезов из акриловых сополимеров на морфологические показатели слизистой оболочки протезного ложа // *Stomatologiya*. – 2003. – №3-4. – С. 66-70.
3. Аболмасов Н.Г., Аболмасов Н.Н., Бычков В.А., Аль-Хаким А. *Ортопедическая стоматология*. – М., 2002.
4. Агзамходжаев С.С. *Клинико-функциональные и биохимические исследования побочного воздействия съемных зубных протезов на ткани протез-*

- ного ложка, методы их профилактики: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 1998. – 225 с.
5. Агзамходжаев С.С. Механизм адаптации больных к съёмным зубным протезам // *Stomatologiya*. – 2000. – №1. – С. 49-54.
 6. Акбаров А.Н. Состояние барьерно-защитных механизмов полости рта в зависимости от налета на поверхности пластиночных съёмных зубных протезов: Дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2004. – 114 с.
 7. Арутюнов С.Д., Плескановская Н.В., Наумов А.В. Заболевания пародонта и «системные болезни»: известное прошлое, многообещающее будущее // *Пародонтология*. – 2009. – №1. – С.3 – 6.
 8. Арутюнов С.Д., Царев В.Н., Бабунашвили Г.Б. и др. Клинические аспекты микробной колонизации временных зубных протезов из акрилатов // *Стоматология*. – 2008. – №1. – С. 61-64.
 9. Бурлуцкая С.И., Адамчик А.А., Адамчик Ал.А. Проблемы зубного протезирования при частичной адентии // *Системный анализ и управление в биомедицинских системах: Журн. практ. и теорет. биол. медицины*. – 2005. – Т. 5, №3. – С. 638-640.
 10. Гаврилов Е.И., Оксман И.М. Ортопедическая стоматология. – М.: Медицина, 1978.
 11. Гожая Л.Д. Заболевания слизистой оболочки полости рта, обусловленные материалами зубных протезов (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2001. – 53 с.
 12. Жулев Е.Н., Клоков А.А. Распределение функциональной нагрузки при различных видах крепления съёмных протезов // *Стоматология*. – 2007. – №4. – С. 4-7.
 13. Ибрагимов Б.Х., Назаров З.А. Эффективность современных фиксирующих средств у лиц, пользующихся съёмными пластиночными протезами // *Науч.-практ. журн. ТИППМК*. – 2012. – №2. – С. 14-16.
 14. Ибрагимов Б.Х., Назаров З.А. Эффективность современных фиксирующих средств у лиц, пользующихся съёмными пластиночными протезами // *Науч.-практ. журн. ТИППМК*. – 2012. – №2. – С. 14-16.
 15. Ирсалиев Х.И. Особенности барьерно-защитной функции полости рта до и в процессе пользования зубными протезами: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 1993. – 292 с.
 16. Ирсалиев Х.И., Абдувакилов Ж.У., Ходжиметов А.А. Активность ферментов слюны при пользовании съёмными пластиночными протезами с пластмассовыми и металлическими базисами // *DENTIST Казахстана (Алматы)*. – 2005. – №1 (1). – С. 23-27.
 17. Ирсалиев Х.И., Зиядуллаева Н.С. Гемодинамические показатели протезного ложка беззубой верхней челюсти и пути их коррекции // *Stomatologiya*. – 2006. – №3-4. – С. 43-45.
 18. Ирсалиев Х.И., Рахманов Х.Ш. Функциональная морфология барьерно-защитных комплексов полости рта. – Ташкент: Изд-во им. Абу Али Ибн Сино, 2001. – 338 с.
 19. Коновалов А.П., Курякина Н.В., Митин Н.Е. Фантомный курс ортопедической стоматологии. – Н. Новгород, 2001.
 20. Криштаб С.И. Ортопедическая стоматология. – Киев, Вища шк., 1986.
 21. Лебеденко И.Ю., Воронов А.П., Серебров Д.В. Применение эластичных пластмасс в съёмном протезировании // *Соврем. ортопед. стоматол.* – 2011. – №15. – С. 85-86.
 22. Малолеткова А.А. Хронофизиологическая организация ротовой жидкости и ее влияние на адаптацию пациента к съёмным зубным протезам: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2009. – 22 с.
 23. Малый А.Ю., Кучерова М.А., Давыдова М.М. Сравнительный анализ микробной колонизации съёмных зубных протезов в зависимости от метода гигиенической обработки // *Стоматолог*. – 2009. – №3. – С. 17-24.
 24. Мальгинов Н.Н. Лабораторно-экспериментальное обоснование применения базисной пластмассы стомакрил: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000. – 22 с.
 25. Оксман И.М. Клинические основы протезирования при полном отсутствии зубов. – Л.: Медицина, 1967.
 26. Цимбалистов А.В., Козицына С.И., Жидких Е.Д., Войтяцкая И.В. Оттисковые материалы и технология их применения. – СПб, 2001.
 27. Alam M., Jagger R., Vowles R., Moran J. Comparative stain removal properties of four commercially available denture cleaning products: in vitro study // *Int. J. Dent. Hyg.* – 2011. – Vol. 9, №1. – P. 37-42.
 28. Christensen G.J. Providing oral care for the aging patient // *J. Amer. Dent. Ass.* – 2007. – Vol. 138, №2. – P. 239 – 242.
 29. Dina M.N., Mărgărit R., Andrei O.C. Pontic morphology as local risk factor in root decay and periodontal disease // *Rom. J. Morphol. Embryol.* – 2013. – Vol. 54, №2. – P.361 – 364.
 30. Emami E., de Grandmont P., Rompré P.H. et al. Favoring trauma as an etiological factor in denture stomatitis // *J. Dent. Res.* – 2008. – Vol. 87, №5. – P. 440-444.
 31. Pontsa P.T. Клиническая оценка очистки съёмных протезов // *Соврем. ортопед. стоматол.* – 2011. – №16. – С. 22-24.

УДК: 547.1-3: [616.317-002
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-2>

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ И АНТИОКСИДАНТНАЯ СИСТЕМА ОРГАНИЗМА ПРИ ЭКСФОЛИАТИВНОМ ХЕЙЛИТЕ



Астанакулова М.М., Бекжанова О.Е.

Ташкентский государственный
стоматологический институт

Аннотация

Цель: изучение процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных с различным клиническим течением эксфолиативного хейлита. **Материал и методы:** под наблюдением были 40 больных эксфолиативным хейлитом с «сухой» и «экссудативной» формами заболевания, обратившихся за лечением в клинику ТГСИ. Средний возраст обследованных – $31,27 \pm 12,6$ года. Среди пациентов было 14 (60%) мужчин и 26 (40%) женщин, в том числе 25 больных с «сухой» и 15 – с «экссудативной» формой заболевания. 10 пациентов сопоставимого пола и возраста без заболеваний ККГ составили контрольную группу. Длительность заболевания колебалась от 1-го года до 7 лет. **Результаты:** при эксфолиативном хейлите происходит интенсификация основных липидмодифицирующих факторов, определяющих нестабильность клеточных мембран, взаимоувязанная с тяжестью клинического течения заболевания. Выявленные изменения регистрируются как на местном (ротовая жидкость), так и на организменном (в плазме крови) уровне. Интенсификация ПОЛ сопровождается компенсаторным повышением активности антиоксидантных ферментов с глубокими метаболическими нарушениями и в работе первых 2-х линий ферментов антиокислительной защиты. **Выводы:** значительное преобладание дисмутазной активности над каталазной повышает риск патологических эксфолиаций.

Ключевые слова: эксфолиативный хейлит, метаболические нарушения, перекисное окисление липидов, антиоксидантная защита,

Annotation

The paper presents the results of studying the parameters of the LPO system and counteracting AOS enzymes in patients with “dry” and “exudative” forms of exfoliative cheilitis. An increase in the activity of peroxidation processes with an increase in the severity of the disease is shown. It was revealed that the intensification of LPO is accompanied by a compensatory increase in the activity of antioxidant enzymes with deep metabolic disturbances in the work of the first 2 lines of antioxidant protection enzymes. A significant predominance of dismutase activity over catalase increases the risk of pathological exfoliations.

В структуре стоматологических заболеваний красной каймы губ (ККГ) эксфолиативные хейлиты (ЭХ) занимают одну из ведущих позиций [3]. В последние годы зарегистрирован факт высокой распространенности ЭХ у лиц всех возрастных групп, при этом наиболее часто ЭХ встречается у людей молодого возраста до 30 лет [4].

Соматическая патология, в том числе заболевания психоневрологической направленности, патология щитовидной железы, признаны механизмом, инициирующим и поддерживающим заболевания. Очевидно, что это определяет особенности патофизиологических и патофизиологических сдвигов на локальном (полость рта) и системном (кровь) уровнях [5-8].

В настоящее время в механизмах патогенеза различных заболеваний человека ведущая роль отводится процессам перекисного окисления липидов (ПОЛ) и состоянию системы антиоксидантной защиты организма (АОЗ): нарушение соотношения процессов ПОЛ и антиоксидантной системы (АОС) становится отражением как общих механизмов адаптивно-компенсаторных реакций, так и проявлений развивающегося патологического процесса [1,2].

В то же время данные о состоянии процессов ПОЛ и АОЗ у пациентов с ЭХ в отечественной и зарубежной литературе отсутствуют. Проведение таких исследований необходимо, поскольку их результаты послужат базой для раскрытия новых механизмов патогенеза и обоснования разработки и внедрения новых методов лечения.

Цель исследования: изучение процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных с различным клиническим течением эксфолиативного хейлита.

Материал и методы

Под наблюдением находились 40 больных эксфолиативным хейлитом с «сухой» и «экссудативной» формами заболевания, обратившихся за лечением в клинику ТГСИ (кафедра факультетской терапевтической стоматологии). Средний возраст обследованных – $31,27 \pm 12,6$ года. Среди пациентов было 14 (60%) мужчин и 26 (40%) женщин, в том числе 25 больных

с «сухой» и 15 – с «экссудативной» формой заболевания. 10 пациентов сопоставимого пола и возраста без заболеваний ККГ составили контрольную группу. Длительность заболевания колебалась от 1-го года до 7 лет.

Критериями включения пациентов в группу наблюдения служили клинически подтвержденный эсфолиативный хейлит в стадии обострения заболевания; наличие информированного согласия пациента на участие в исследовании с проведением клиничко-лабораторных исследований.

Диагноз устанавливали клинически при осмотре красной каймы губ с соблюдением общепринятых критериев (наличие характерных чешуек или корок, локализации поражения на красной кайме губ, характерные жалобы). При детализации диагноза придерживались рекомендаций Е.В. Боровского и А.Л. Машкиллейсона (2001).

Нестимулированную ротовую жидкость собирали в стеклянные пробирки утром натощак, после ополаскивания ротовой полости кипяченой водой. Полученную жидкость без признаков присутствия крови подвергали центрифугированию при 2600 g в течение 15 мин, затем для дальнейших исследований использовали прозрачный супернатант, а также венозную кровь, взятую с 8 до 10 часов утра в пластиковые пробирки BD Vacutainer («BD Bioscience»).

Об изменении интенсивности ПОЛ судили по концентрации конечного продукта ПОЛ – малонового диальдегида (МДА), определяемого в тесте с тиобарбитуровой кислотой (Конюхова В.С., 1989), а также содержания диеновых (ДК), триеновых (ТК) конъюгатов и оснований Шиффа (ОШ) (Волчегорский И.А. и др., 1989). Функциональное состояние ферментов АОС оценивали по активности каталазы (КТ) (Карпищенко А.И., 2002), супероксиддисмутазы (СОД) (Литвинова М.Г. и др., 2012) и глутатионпероксидазы (ГП) (Карпищенко А.И., 2002).

С целью более углубленного исследования механизмов реализации антиоксидантной защиты и установления причин развития нарушений ее функционирования были изучены изменения соотношения активностей каталазы и супероксиддисмутазы у пациентов всех групп.

Показатель КАТ/СОД рассчитывали по формуле:

$$\text{КАТ/СОД} = \text{АКАТ/АСОД} \cdot 100,$$

где: КАТ/СОД – интегральный коэффициент функционирования ферментов АОС, выражаемый в единицах активности (ЕА); АКАТ – активность КТ, выражаемая в ммоль/(мин·л) на 1 мг белка; АСОД – активность СОД, выражаемая в ед./л на 1 мг белка; 100 – коэффициент (Павлюченко И.И. и др., 2004).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием персонального компьютера и пакета статистических программ Statistica 6. На всех этапах

исследования определяли среднее арифметическое (М), ошибку среднего арифметического (m), среднюю квадратическую ошибку среднего арифметического (Sx), критерий достоверности (t). Достоверными считали различия, удовлетворяющие $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Показатели ПОЛ у больных представлены в таблице. При проведении анализов была осуществлена раздельная оценка пероксидации липидов ротовой жидкости и плазмы крови путем регистрации первичных (ДК), вторичных (ТК) и конечных (ОШ) продуктов в гептан-изопропаноловом экстракте, а также МДА – конечного продукта перекисного окисления в организме.

В стадии разгара ЭХ продукты ПОЛ имеет тенденцию к повышению. У больных с «сухой» формой заболевания статистически значимые различия обнаруживаются в ротовой жидкости, а при «экссудативной» форме накопление продуктов ПОЛ было статистически значимым в обеих изучаемых биологических жидкостях.

Так, в ротовой жидкости больных с «сухой» формой ЭХ концентрация МДА превышала контрольные значения на 32,84% ($p \leq 0,05$), ДК – на 15,74% ($p \leq 0,05$); ТК – на 37,21% ($p \leq 0,05$), ОШ – на 69,56% ($p \leq 0,05$). В этот период у больных с «экссудативной» формой ЭХ изучаемые показатели были выше нормы соответственно на 51,31 ($p \leq 0,05$), 50,93 ($p \leq 0,05$), 55,81 ($p \leq 0,05$) и 78,26% ($p \leq 0,05$) (табл., рисунок).

При детальном изучении показателей активности ферментов антиокислительной защиты в ротовой жидкости у больных ЭХ достоверно установлен дисбаланс их функционирования. Так, активность каталазы при «сухой» форме заболевания была увеличена на 34,18% ($p \leq 0,05$); а супероксиддисмутазы – на 79,10% ($p \leq 0,05$). У больных с «экссудативной» формой активность каталазы увеличивалась уже на 51,55% ($p \leq 0,05$), а супероксиддисмутазы – на 132,69% ($p \leq 0,05$), что указывает на имеющийся выраженный дисбаланс между образованием и разрушением пероксида водорода в ротовой жидкости, а следовательно, высокий риск усиления перекисной модификации клеточных структур в ротовой полости. Подобное отсутствие синхронного изменения в показателях интенсивности процессов ПОЛ и активности ферментов АОС у больных эксфолиативным хейлитом можно рассматривать как проявления дезадаптации. При этом активность глутатионпероксидазы в ротовой жидкости у больных с «сухой» формой была увеличена на 35,71% ($p \leq 0,05$), а при «экссудативной» форме – на 65,00% ($p \leq 0,05$).

Проведенные исследования показали, что уровень вторичных продуктов ПОЛ в плазме крови определялся характером течения заболевания. Так, у больных с более благоприятным течением заболевания («сухая форма») уровень вторичных продуктов ПОЛ в плазме крови не всегда статистически значимо превышал контрольные значения: активность МДА по сравнению с

Таблица. Показатели ПОЛ-АОС у больных с различными формами ЭХ в ротовой жидкости (числитель) и в плазме крови (знаменатель)

Показатель		Контроль	«Сухая» форма	«Экссудативная» форма
ПОЛ	МДА, мкмоль/л	5,36±0,23 4,35±0,15	7,12±0,31a 4,55±0,20	8,11±0,40a 5,25±0,24a
	ДК, Е233/220	1,08±0,04 0,81±0,03	1,25±0,06a 0,91±0,04	1,63±0,08ab 1,15±0,04ab
	ТК, 278/220	0,43±0,02 0,26±0,01	0,59±0,02a 0,30±0,014	0,67±0,03a 0,36±0,015ab
	ОШ, 400/220	0,023±0,001 0,015±0,0006	0,039±0,015a 0,018±0,0008	0,041±0,002a 0,020±0,001a
АОС	КТ, ммоль/(мин.л/мг белка)	32,65±1,45 27,88±1,33	43,81±2,11a 31,22±1,35	49,48±2,14ab 40,36±1,83ab
	СОД, ед/л/мг белка	18,57±0,86 15,88±0,66	33,26±1,62a 24,32±1,11	43,21±2,03ab 36,50±1,59ab
	ГПО, мкмоль/мин/мг белка	0,140±0,006 0,090±0,0003	0,190±0,009a 0,101±0,005	0,23±0,01ab 0,110±0,004ab

Примечание. $p < 0,05$: а – по сравнению с контролем; б – по сравнению с данными пациентов с «сухой» формой.

контролем была увеличена на 4,0% ($p \geq 0,05$); ДК – на 12,35% ($p \geq 0,05$); ТК на 15,38% ($p \geq 0,05$), ОШ – на 20,0% ($p \leq 0,05$). У пациентов с «экссудативной» формой эти показатели превышали контроль соответственно на 20,00 ($p \leq 0,05$); 41,07 ($p \leq 0,05$), 38,46 ($p \leq 0,05$) и 33,33% ($p \leq 0,05$) (рисунок).

При анализе ферментов антиоксидантной защиты на системном уровне (плазма крови) также обнаружен дисбаланс между образованием и разрушением пероксида водорода: у больных с «сухой» формой заболевания отмечалось статистически незначимое повышение активности каталазы на 11,98% ($p \geq 0,05$) на фоне достоверного (на 53,15%; $p \leq 0,05$) увеличения активности супероксиддисмутазы; активность глутатионпероксидазы увеличивалась на 12,22% ($p \geq 0,05$). У больных с «экссудативной» формой эти сдвиги были

более выражены: активность каталазы возрастала на 44,76% ($p \leq 0,05$), супероксиддисмутазы – на 129,85%; глутатионпероксидазы – на 22,22% ($p \leq 0,05$).

Для оценки сбалансированности функционирования первой и второй линий ферментного звена антиокислительной защиты изучен интегральный показатель КАТ/СОД. Анализ динамики интегрального показателя КАТ/СОД показал достоверное наличие патологических метаболических изменений.

Так, в ротовой жидкости у здоровых людей индекс КАТ/СОД был равен 1,74; у больных с «сухой формой» – 1,32 (снижение на 24,14%; $p \leq 0,05$), с «экссудативной» – 1,15 (снижение на 33,91%; $p \leq 0,05$) аналогичная динамика в сыворотке крови составила соответственно 1,75; 1,28 (снижение на 26,861%; $p \leq 0,05$) и 1,10 (снижение на 37,14%; $p \leq 0,05$).

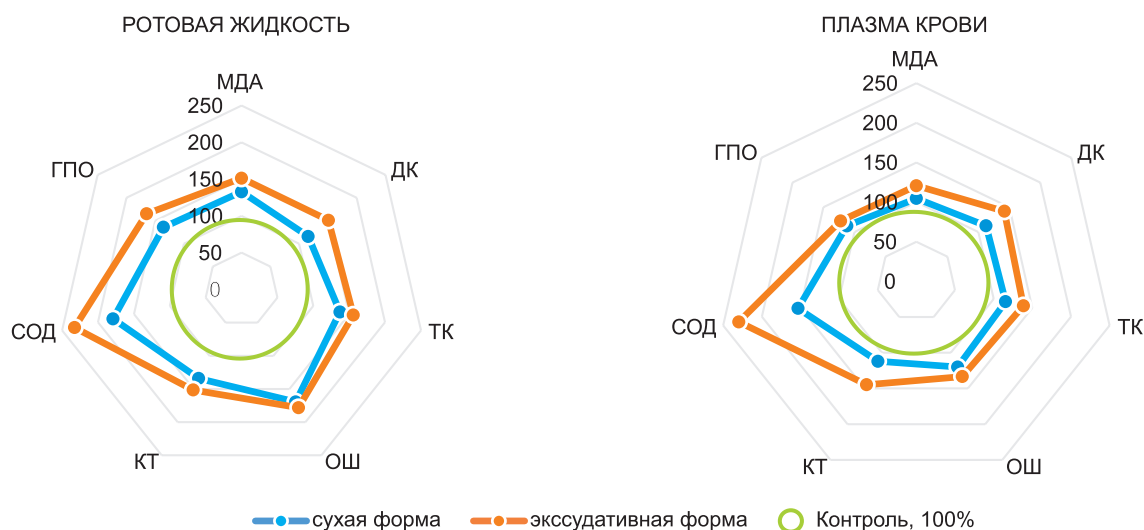


Рис. Показатели ПОЛ-АОС ротовой жидкости и плазмы крови у пациентов с различными клиническими формами ЭХ (в % по отношению к контролю).

Таким образом, с нарастанием тяжести клинического течения ЭХ наблюдается достоверное усугубление глубоких метаболических нарушений в работе первых 2-х линий ферментов антиокислительной защиты. Значительное преобладание дисмутазной активности над каталазной повышает риск патологических эксфолиаций.

В заключение следует отметить, что при эксфолиативном хейлите происходит интенсификация основных липидмодифицирующих факторов, определяющих нестабильность клеточных мембран, взаимоувязанная с тяжестью клинического течения заболевания. Данные изменения регистрируются как на местном (ротовая жидкость), так и на организменном (в плазме крови) уровне. Выявлено, что интенсификация ПОЛ сопровождается компенсаторным повышением активности антиоксидантных ферментов с глубокими метаболическими нарушениями и в работе первых 2-х линий ферментов антиокислительной защиты. Значительное преобладание дисмутазной активности над каталазной повышает риск патологических эксфолиаций.

Список литературы

1. Савельева Н.Н. Состояние системы перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных хроническим генерализованным пародонитом I-II степени тяжести, сочетающимся с паразитозами // Спорт и здоровье. – 2015. – №5(12). – С. 465-476.
2. Фарапонова Е.А. Биохимические показатели ротовой жидкости при заболеваниях пародонта у детей с психоневрологическими расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 2017. – 22 с.
3. Aydin A., Gokoglu O., Ozcurumez G., Aydin H. Factitiouscheilitis: acasereport // J. Med. Case Rep. – 2008. – №2. – P. 29.
4. Bajpai M. Crusting of lips in a 13-year-old boy // J. Pakistan Assoc. Dermatol. – 2016. – Vol. 26, №3. – P. 283-284.
5. Barakian Y., Mohammad Vahedi M., Sadr M. Exfoliative Cheilitis: A Case Report Avicenna // J. Dent. Res. – 2015. – Vol. 7, №2. – P. e24943.
6. Chalkoo A.H., Makroo N.N., Peerzada G.Y. Exfoliative cheilitis // Indian J. Dent. Adv. – 2016. – Vol. 8, №1. – P. 56-60.
7. Chen Y., Niu S.D., Yang X.B. Clinical experience of combination of TCM and Western Medicine on exfoliative cheilitis // Xian Dai Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi. – 2004. – Vol. 13 (19). – P. 2582.
8. Chi F.H., Li Z.Z., Huang Y.P. et al. Clinical and pharmacological experimental observation on self-made Shengji ointment for exfoliative cheilitis // Zhong Guo Pi Fu Xing Bing Xue Za Zhi. – 2009. – Vol. 23, №6. – P. 376-380.

УДК: 616.317-007.254-031.4-089.844]-007.24-089
http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-6

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВТОРИЧНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПОСЛЕ ОДНОСТОРОННЕЙ ХЕЙЛОПЛАСТИКИ



**Дусмухамедов М.З., Болтахаджаева Л.М.,
Дусмухамедов Д.М., Бобоназаров Н.Х.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Описан случай из клинической практики. У пациентки имели место сочетанные нарушения формы и функции губы, связанные с недостатком тканей на малом фрагменте верхней губы после рехейлопластики по поводу односторонней врожденной расщелины верхней губы. Рехейлопластика предложенным авторами способом позволила устранить имеющиеся недостатки.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, вторичные деформации верхней губы, односторонняя хейлопластика, эстетический результат.

Хулоса

Мақолада клиник амалиётда учраган холат ёритилган: юқори лабнинг бир тамонлама туғма кемтиги бўлган холатда рехейлопластикадан кейин лабнинг кичик фрагментида туқима етишмовчилиги хисобига кузатилган шакл ва функциянинг бузилиши. Таклиф этилаётган усул кўрсатилган камчиликларни бартараф этиш имконини беради.

Врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРГН) составляют примерно 86% аномалий челюстно-лицевой области и около 13% всех врожденных пороков развития человека [1,2,6]. По данным Всемирной организации здравоохранения, частота рождения детей с ВРГН в среднем составляет 1,5 на 1000 новорожденных.

Лечение больных с ВРГН является одной из наиболее сложных проблем современной хирургии челюст-

но-лицевой области [3,7,8]. В последнее время предложены способы хирургического лечения односторонних расщелин верхней губы, предусматривающие полное восстановление непрерывности круговой мышцы рта, устранение порочного положения ее пучков и их дисфункции [4,9,10]. Однако клинические наблюдения и исследования многих авторов доказывают то, что, несмотря на значительные положительные достижения в технике выполнения хейлопластики при односторонних расщелинах верхней губы, ее нельзя считать идеальной. У многих (60 – 89,6%) носителей этого порока развития после его пластического устранения выявляются различные нарушения формы и функции губы, для исправления которых необходимы повторные корригирующие хирургические вмешательства [5].

Случаи сочетания нарушения формы и функции губы, связанные с недостатком тканей на малом фрагменте верхней губы достаточно редки, описания подобных кейсов в доступной литературе мы не нашли. Поэтому, по нашему мнению, такой клинический случай, будет представлять определенный интерес для челюстно-лицевых хирургов.

Больная В.С. 11 лет, и/б №5462/3974, поступила в отделение детской челюстно-лицевой хирургии клиники ТГСИ 01.11.2018 г. с жалобами на наличие деформирующих рубцов, нарушение анатомической формы верхней губы, деформацию носа и асимметрию наружных носовых ходов.

Из анамнеза жизни известно, что ребенок родился со сквозной расщелиной верхней губы и неба II степени (Фролова Л.Е., 1974). Психомоторное и физическое развитие без особенностей. В 2008 году в областной больнице г. Бухары была проведена первичная хейлопластика. Послеоперационный период проходил относительно спокойно. Но результаты операции родителей не удовлетворили, и в 2008 году в Бухарской областной больницы ребенку была проведена повторная операция – рехейлопластика. Послеоперационный период протекал относительно спокойно. Ребенок находился на диспансерном учете. Однако результаты повторной операции также не удовлетворили родителей и самого ребенка.

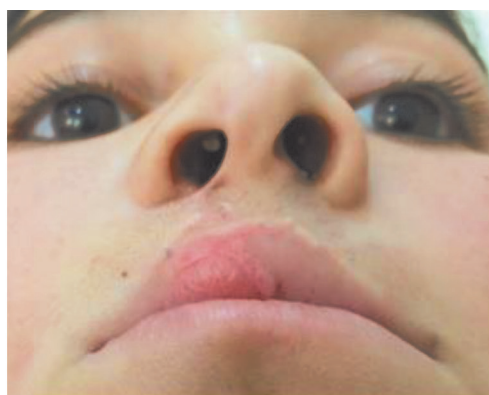
Эпиданамнез без особенностей. Органы и системы клинически и лабораторно – без значимых изменений.

Status localis. При осмотре отмечается асимметрия лица за счет деформации крыльев носа, сужение правого наружного носового хода, а также деформация верхней губы за счет уменьшения его размеров справа. На коже и слизистой верхней губы наблюдаются послеоперационные деформирующие гипертрофические рубцы, резко выраженные у основания носового хода справа (рис. 1).

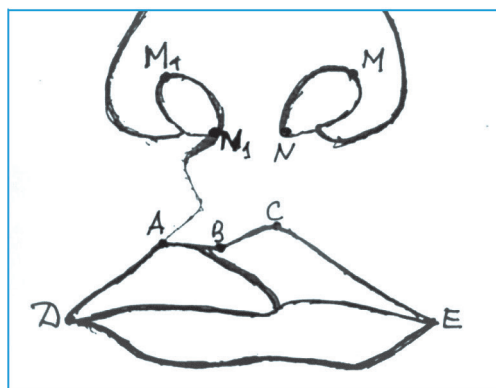
Антропометрические измерения носа показывают, что диаметр наружного носового хода слева (MN) равен 12 мм, а справа (M_1N_1) – 9 мм. Основание крыла носа справа по сравнению с левой (здоровой стороны)



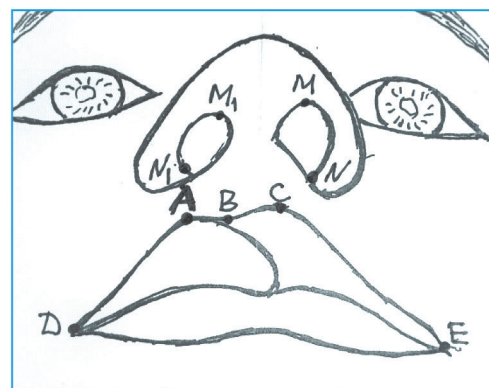
а



б



в



д

Рис. 1. Внешний вид пациентки В.С. (а, б) и схема антропометрических ее параметров (в, д).

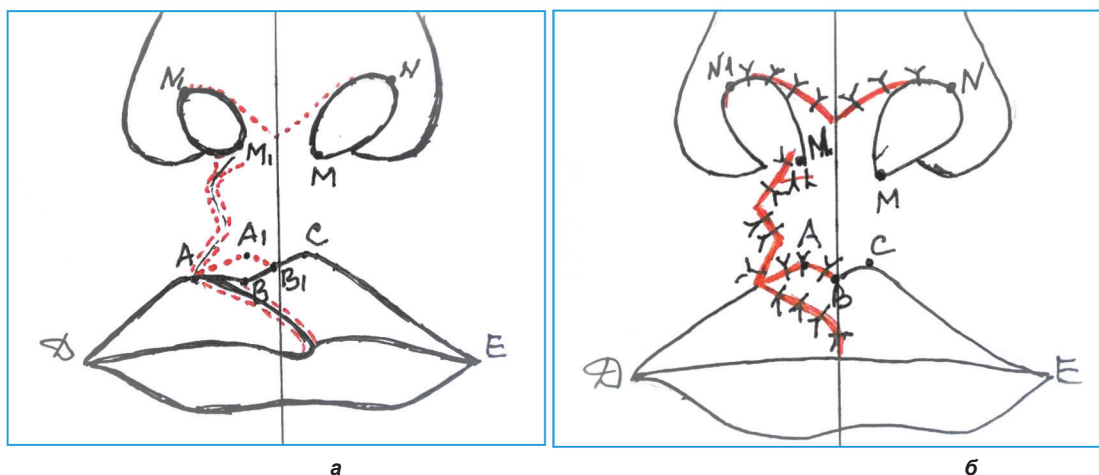


Рис. 2. Схема планируемой операции (а), состояние после операции (б).

смещена латерально на 3 мм, кончик носа справа сплюснут. У основания носового хода справа отмечается гипертрофический рубец, который способствует сужению диаметра наружного носового хода.

Антропометрические измерения верхней губы показывают, что слева расстояние от угла до верхней точки Купидона (СЕ) составляет 25 мм, справа (АД) 18 мм, т.е. отмечается укорочение правого фрагмента верхней губы почти 1/3 раза. Кроме того, красная кайма и слизистая на малом фрагменте свисает за счет избытка тканей в области красной каймы верхней губы справа и выступает над послеоперационным рубцом почти на 2 мм, возможно, за счет некорректного ушивания мягких тканей.

На клиническом разборе от 01.11.2018 г. с участием сотрудников кафедры решено провести рехейлоринопластику. Схема планируемой операции показана на рис. 2. Ромбовидное иссечение мягких тканей на малом фрагменте верхней губы по указанным точкам –

АА₁В₁В позволяет удлинить длину красной каймы на правом фрагменте на недостающую длину – 1/3, но при этом отмечается уменьшение формы и размеров лука Купидона. На наш взгляд, уменьшенная, но симметричная форма лука Купидона выглядит более эстетично, чем настоящее состояние пациентки – верхняя губа очень близка к нормальной анатомической форме.

Операция проведена под общим внутривенным обезболиванием с ИВЛ (рис. 3). По предварительно намеченным точкам и линиям произведено иссечение рубцов на коже и слизистой. Далее по линии разреза выполнено рассечение круговой мышцы.

Рубцовый тяж у основания носового хода справа устранен по способу Диффенбаха. По ходу операции гемостаз. На слизистую верхней губы и мышцу наложены швы из Vicryl 5,0, на кожу из Polypropylene 6,0.

Вторым моментом через разрез в области кончика носа по типу «ласточкин хвост» выделены и мобили-



Рис. 3. Состояние пациентки В.С. 11 лет, после операции.

зованы хрящи крыльев носа, которые фиксированы в правильном положении швами из Polypropylene 3,0. На кожу наложены швы из Polypropylene 6,0. На послеоперационную рану наложена асептическая повязка.

Заключение

Применение различных видов хирургического лечения в медицинской реабилитации больных с зубочелюстными аномалиями не может не сопровождаться риском возникновения осложнений. Основная задача специалистов заключается в том, чтобы минимизировать элементы риска и увеличить положительные аспекты проводимого лечения с четким пониманием причин возникновения возможных осложнений. Накопленные данные о возникающих осложнениях позволяют разработать рациональные подходы к их предупреждению. Кроме того, определяется необходимость дальнейшего изучения анатомо-морфологических особенностей зубочелюстных аномалий, выбора оптимальных сроков и рациональных методов хирургического вмешательства при врожденной расщелине верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Данный клинический случай заслуживает внимания в связи с наличием у пациентки с врожденной расщелиной верхней губы и неба асимметрии верхней губы после проведенной рехейлопластики. Предложенная методика рехейлопластики способствует реконструкции линии Купидона и восстановлению анатомической формы верхней губы.

Список литературы

1. Агроскина А.П. Операции при врожденных расщелинах (незаращениях) верхней губы // Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия; Под ред. В.Н. Балина. – СПб: Спец. лит., 1998. – С. 175-192.
2. Амануллаев Р.А. Частота рождаемости детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в крупных регионах Узбекистана // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей. Актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы науч.-практ. конф. – М., 2006. – С.14-15.
3. Белоусов А.Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. – СПб: Гиппократ, 1998. – 744 с.
4. Гурков Ш.Р. Опыт лечения ограниченных рубцов лица и шеи, пластика местными тканями // Сборник научных трудов 1-го съезда комбустиологов России. – М., 2005. – С. 228.
5. Знаменский В.И., Котов Г.А. Оперативные методы лечения врожденных расщелин верхней губы // Лечение аномалий челюстно-лицевой области. – Ташкент, 1982. – С. 42-70.
6. Козин И.А. Эстетическая хирургия врождённых расщелин лица. – М.: Мартис, 1996.
7. Персин Л.С., Елизарова М.Е., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста. – М.: 2003. – С. 341-350.
8. Bardach J. Unilateral cleft lip // Mastery of plastic and reconstructive surgery. – New York; London: Little Brown, 1994. – Vol. 1. – P. 548-565.
9. Blandini D., Tremolada C., Beretta M., Mascenti M. Iatrogenic nostril stenosis: Aesthetic correction using vestibular labial mucosa flap // Plast. Reconstr. Surg. – 1995. – Vol. 95, №3. – P. 569-571.
10. Byrd H.S. Cleft lip I: primary deformities // Selected Read. Plast. Surg. – 1994. – Vol. 7, №21. – P. 37.

УДК: 616.31.2-002-08+615.28-053.6
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-13>

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ЛОРОБЕН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЮВЕНИЛЬНОГО ГИНГИВИТА



Муртазаев С.С., Кучкарова М.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Цель: оценка лечебно-профилактической эффективности антисептического препарата Лоробен при ювенильном гингивите. Материал и методы: под наблюдением находились 28 детей в возрасте от 13 до 16 лет, обратившихся в поликлинику детской терапевтической стоматологии ТГСИ с диагнозом хронического гипертрофического гингивита. Пациенты 1-й группы получали лечение на фоне общей терапии: обработка полости рта раствором 0,1% хлоргексидина, повязки-аппликации с кератопластиком, препараты наносили на десны. Результаты: применение комплекса лечебных мероприятий в более короткие сроки устраняет воспаление в тканях пародонта, стабилизирует достигнутые результаты и способствует предотвращению рецидивов на протяжении всего срока лечения. Выводы: воспалительный процесс в тканях пародонта у пациентов подросткового возраста сохраняется, что зависит не только от гигиены полости рта, но и от гормональных изменений, которые наблюдаются в этот период.

Ключевые слова: ювенильный гингивит, хронический гипертрофический гингивит, лоробен.

Хулоса

13 ёшдан 16 ёшгача бўлган 28 та болаларда текширув ўтказилди ва комплекс даволашда лоробен препарати қўлланилди. Комплекс даволаш чора тадбирлари қўлланилганда пародонт тўқимасидаги яллиғланиш белгилари қисқа муддатда бартараф этишга имкон беради ва эришилган натижаларни барқарорлаштирди, даволашнинг барча даврларида қайталанишини олдини олади.

Калит сўзлар: ювенил гингивит, сурункали гипертрофик гингивит, лоробен.

Annotation

Surveyed 28 children (16 girls and 12 boys) aged 13 to 16 years with the inclusion of Loroben preparation in the complex of therapeutic measures. The use of a complex of therapeutic measures allows, in a shorter time, eliminates inflammation in periodontal tissues, stabilizes the results achieved and helps prevent relapses throughout the entire period of treatment.

Key words: juvenile gingivitis, parnormal hypertrophic gingivitis, loroben.

Ювенильный гингивит является заболеванием, которое встречается у подростков в период полового созревания. Как правило, через 2-3 года заболевание проходит, однако сохраняется вероятность его перерождения в пародонтит и гипертрофический гингивит. Ювенильный гингивит чаще всего наблюдается у мальчиков в возрасте 14-15 лет и у девочек 10-11 лет. Снижение сопротивляемости тканей пародонта возможно в результате перенесенных легочных (гипоксия в тканях), эндокринных, хронических сердечно-сосудистых заболеваний, болезней желудочно-кишечного тракта.

К признакам ювенильного гингивита относят поражения десневого края передних зубов как верхней, так и нижней челюсти. У девочек повышенная кровоточивость десен связана с предменструальным периодом. В период полового созревания у них резко увеличивается экскреция половых гормонов и снижается выработка прогестерона. Развитие симптомов гингивита обусловлено тем, какой из гормонов преобладает в организме.

В течение последних десятилетий наблюдается не только увеличение распространенности патологии пародонта у подростков, но и значительный рост наиболее тяжелых форм этих заболеваний [6]. Наиболее высокая распространенность хронического гипертрофического гингивита установлена в период пубертата [4], что диктует необходимость всестороннего изучения начальных признаков проявления патологии с возможным пересмотром некоторых традиционных подходов к ее диагностики и лечения [5] Биологические изменения

в данный период регулируются нейросекреторными факторами и гормонами, которые ускоряют соматический рост и развитие половых желёз, их эндокринную и экзокринную регуляцию [1].

На начальных стадиях хронического гипертрофического гингивита периоды интенсивной воспалительной реакции чередуются с периодами ремиссии. Такой характер течения авторы связывают с эндокринными изменениями в период пубертата [2]. При этом ткани пародонта не являются окончательно сформированными и длительно находятся в состоянии физиологического напряжения [6]. Гормональный дисбаланс, связанный с периодом полового созревания, оказывает влияние на эпителий десны, который, в свою очередь, обусловлен клиническими и функциональными особенностями пародонта. С этих позиций полость рта рассматривается как экологическая система, в которой различные биологические процессы, взаимодействуя совместно, вызывают разнонаправленные патологические процессы. Однако знание этих процессов не позволяет до конца решить задачи, поставленные перед клиницистами, что диктует необходимость поиска более рациональных, эффективных и патогенетически обоснованных методов диагностики [3].

Исследователи большое внимание уделяют местным факторам риска, усугубляющим течение хронического гипертрофического гингивита у подростков [7], однако вопрос о роли гормонального фона до сих пор остается предметом дискуссий.

Цель исследования

Оценка лечебно-профилактической эффективности антисептического препарата лоробен при ювенильном гингивите.

Материал и методы

Под наблюдением находились 28 детей в возрасте от 13 до 16 лет, обратившихся в поликлинику детской терапевтической стоматологии ТГСИ с диагнозом хронического гипертрофического гингивита. Больные были разделены на 2 группы по 14 детей в каждой. Пациенты 1-й группы получали лечение на фоне общей терапии: обработка полости рта раствором 0,1% хлоргексидина, повязки-аппликации с кератопластиком, препараты наносили на десны.

У больных 2-й группы, помимо хлоргексидина глюконата 0,240 г (0,12%), повязок-аппликаций с кератопластиком (препараты также наносили на десны), дополнительно назначали бензидамина гидрохлорида 0,300 г (0,15%) (антисептический раствор лоробен) в виде полосканий полости рта.

У всех пациентов с хроническим гипертрофическим гингивитом определяли гигиенический (ГИ) и пародонтальный индексы (РМА) (Парма С., 1960). До основного лечения у больных проводили санацию полости

Таблица. Результаты исследования у больных основной (числитель) и контрольной (знаменатель) групп

Показатель	До чистки	До лечения и после чистки	После лечения	Через 2 мес.	Через 4 мес.
ГИ	1,2±0,01 1,2±0,02	1,0±0,07 1,0±0,05	0,6±0,05 0,05±0,03	0,4±0,08 0,3±0,006	0,2±0,08 0,01±0,06
ИК	0,19±0,12 0,19±0,3	1,8±0,21 1,7±0,24	0,13±0,17 0,12±0,08	0,1±0,02 0,05±0,01	0,05±0,15 0,01±0,06
РМА	4,21±0,12 4,26±0,3	6,8±0,15 6,8±0,12	3,4±0,21 1,87±0,23	3,1±0,17 1,2±0,14	2,1±0,08 0,4±0,06

рта, лечение кариеса и его осложнений и устранение имеющихся дефектов методом реставрации, а также осуществляли профессиональную гигиену полости рта (раз в 3 мес.).

Результаты и обсуждение

У всех обследованных было выявлены признаки воспалительного процесса тканей пародонта: отёк, гиперемия, кровоточивость при зондировании.

Перед проведением профессиональной чистки ГИ у обследованных детей был равен 1,2±0,006, ИК – 0,19±0,05, пародонтальный индекс – 4,21±0,13%, после проведения профессиональной чистки ГИ составил 1,12, ИК – 1,8±0,06, РМА увеличилась 2 раза.

Через 2 месяца после проведения профессиональной чистки и лечения показатели у пациентов обеих групп снижались: ГИ составил 0,4±0,12, ИК – 0,1±0,06, РМА снизился в 2 раза.

Очевидно, что симптомы воспаления были вызваны не только плохой гигиеной полости рта, но и имевшими место у подростков гормональными изменениями, которые усугубляли воспалительный процесс в ткани пародонта. Так, отечная форма хронического гипертрофического гингивита диагностирована у 4 пациентов; отечная форма хронического локального гипертрофического гингивита II степени – у 3. Кроме того, наши наблюдения показали, что, наряду с плохой гигиеной и гормональными изменениями, на усиление воспалительных процессов в пародонте заметное влияние оказывает скученность зубов.

Признаки воспаления в ткани пародонта у наблюдаемых нами больных были купированы терапевтическими профилактическими мероприятиями. После лечения десна приобрела бледно-розовую окраску, уменьшилась отёчность, при зондировании десна не кровоточит (табл.).

В результате лечения в течение 7 дней наблюдалось уменьшение признаков воспаления: ГИ составил 0,6±0,05 ($p<0,012$), ИК – 0,13±0,17, РМА – 3,4±0,21 ($p<0,01$).

Через 2 месяца после повторного обследования у пациентов основной группы ГИ был равен 0,4±0,08 ($p<0,02$), ИК – 0,1±0,02, РМА – 3,1±0,17 ($p<0,01$).

Нужно отметить, что в сохранении хорошего результата лечения заболеваний тканей пародонта важную роль сыграл раствор антисептический Лоробен.

У пациентов контрольной группы положительный результат наблюдался только через 4 месяца после ($p<0,01$). Гигиенический индекс у них составил 0,2±0,08, кровоточивость при зондировании – 0,05±0,15, пародонтальный индекс – 3,1±0,17.

Выводы

Через 4 месяца после лечения ГИ снижается, а воспалительный процесс в тканях пародонта у пациентов подросткового возраста сохраняется, что зависит не только от гигиены полости рта, но и от гормональных изменений, которые наблюдаются в этот период.

Лоробен на фоне комплексной противовоспалительной терапии при лечении ювенильного гингивита значительно уменьшает проявления заболевания: ИК до лечения был равен 0,19±0,12, после лечения снижался в 2 раза до 0,05±0,1; индекс РМА до лечения составлял 4,21±0,12, после лечения – 2,1±0,08.

Список литературы

1. Бондаренко О.С., Бондаренко А.Н., Рисованная О.Н. Влияние различных методов лечения хронического катарального гингивита на показатели стоматологического здоровья и качества жизни пациентов // Мед. вестн. Северного Кавказа. – 2011. – №4. – С. 27-29.
2. Гринин В.М., Банченко Г.В., Максимовский Ю.М., Гринин В.М. Язык – зеркало организма: Клиническое руководство для врачей. – М., 2012. – С. 23-25.
3. Доменюк Д.А., Порфириадис Л.Э., Зеленский И.В. и др. Оценка микроциркуляции в тканях протезного ложа при использовании съёмной ортодонтической аппаратуры у детей и подростков // Кубанский науч. мед. вестн. – 2012. – №4. – С. 129-133.
4. Мамаева Е.В., Цинеккер Д.А. Chronic hypertrophic gingivitis in adolescents: the choice of preventive and therapeutic measures // The DPPP Symposium under the EPMA. – Voronezh, 2012. – S. 70-76.
5. Суетенков Д.Е., Лясникова А.В. Перспективы ортодонтической коррекции у пациентов с высоким риском пародонтита с помощью микроимплантатов с модифицированным покрытием // Пародонтология. – 2009. – №3. – С. 45-50.
6. Цинеккер Д.А. Хронический гипертрофический гингивит у подростков 13-15 лет. Комплексный подход

УДК: 616.315-007.254-089.844-08-053.2
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-21>

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ (обзор)



Икрамов Г.А., Кулдашев А.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

После разного рода вмешательств часто возникают послеоперационные дефекты в области переднего, среднего и других отделов твердого неба или на границе твердого и мягкого неба и число осложнений в послеоперационном периоде остается высоким (от 10 до 30 %). Одной из причин неудовлетворительных результатов является нарушения микробиотоза полости рта у таких детей. Коррекция микробиотоза полости рта у лиц с различными стоматологическими заболеваниями является необходимым дополнением схемы лечения, обеспечивающим протективный эффект в отношении роста условно-патогенных бактерий, поэтому особое внимание при этом следует уделять применению препаратов направленной биокоррекции, восстанавливающих зубиоз.

Ключевые слова: врожденная расщелина верхней губы и неба, методы лечения, микробиотоз полости рта.

Annotation

After various interventions, postoperative defects often occur in the areas of the anterior, middle and other parts of the hard palate or on the border of the hard and soft palate and the number of complications in the postoperative period remains high (from 10 to 30%). One of the reasons for unsatisfactory results is a violation of the oral microbiocenosis in these children. Since the correction of the oral microbiocenosis in individuals with various dental diseases is a necessary addition to the treatment regimen

providing a protective effect on the growth of opportunistic bacteria, special attention is paid to the use of directed biocorrection drugs that restore eubiosis.

Key words: Congenital cleft of the upper lip and palate, treatment methods, oral microbiocenosis.

В отечественной и зарубежной литературе можно найти работы, авторы которых сообщают о результатах лечения пациентов с расщелинами губы и неба, оперированных в разные возрастные периоды с использованием различных методик уранопластики. Однако мы не встретили исследований, характеризующих взаимосвязь биометрических параметров верхней челюсти и методики проведения уранопластики. Сравнительный анализ результатов лечения в подавляющем большинстве случаев проводится с акцентом на какой-либо один диагностический критерий. В то же время изучение результатов оперативного вмешательства у пациентов с расщелиной верхней губы и неба возможно только при использовании комплексного алгоритма диагностики, включающего методы биометрического анализа, графической регистрации параметров верхней челюсти, рентгенологических методов обследования.

Неоправданно мало внимания уделяется вопросам графического реконструкционного анализа формы и размеров верхней части полости рта у пациентов с врожденными пороками развития челюстно-лицевой области. Недостаточность информативной базы, касающейся особенностей изменения биометрических параметров верхней челюсти при различных методиках проведения уранопластики, а также дополнительных методов диагностики нарушений зубочелюстной системы у пациентов с врожденными пороками развития, диктует необходимость проведения дальнейших исследований.

Анатомическое строение носо- и ротоглотки у этих больных оказывает влияние на состав микрофлоры полости рта. Важнейшим условием неспецифической защиты является нормальная микрофлора. Благодаря синтезу большого количества молочной кислоты многие представители аутофлоры (прежде всего стрептококки, лактобациллы) оказывают выраженное антагонистическое действие на патогенные и условно-патогенные микроорганизмы. В послеоперационном периоде состав аутофлоры меняется, что может приводить к развитию дисбактериоза, который характеризуется увеличением выделения условно-патогенных видов, таких как *Staph. aureus*, *Enterococcus*, грибы рода *Candida*, и уменьшением количества индикаторных видов *Lactobacillus* и *Streptococcus*, что может влиять на течение процессов заживления.

И.А. Брызгалова и соавт. (2010) наблюдали больных с расщелинами альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, изучая качественный и количественный характер изменений состава микрофлоры полости рта до и после операции. В дооперационном периоде посевы брали с краев расщелины, в послеоперационном

периоде – с раневой поверхности в области швов на 3-4-е и 10-е сутки после хирургического лечения. Микробиологический материал изучали общепринятыми методами, предусматривающими выделение кокковой группы, энтеробактерий, грибов рода *Candida*.

У всех обследованных детей в дооперационном периоде были выявлены следующие основные возбудители: *Streptococcus saungius*, *Peptostreptococcus anaerobius*, *Actinomyces* spp., *Fusobacterium* spp., *Prevotella intermedia*, *Serratia marcescens*. Грамотрицательная флора составила 41,7%. У 80% пациентов определялся стрептококк, у 60% – пептострептококк, фузобактерии, у 40% – актиномицеты, *Prevotella intermedia*, *Serratia marcescens*, *Haemophilus* spp. Причем бактерии выделялись не в монокультуре, а сообществами в ассоциации от 3-х до 6 видов. На 3-4-е сутки отмечалось увеличение роста микрофлоры. Наиболее часто встречались *Streptococcus saungius* (75%), *Fusobacterium* spp. (50%), *Serratia marcescens* (75 %). Отдельные виды совсем не были выявлены (*Actinomyces* spp.). При благоприятном течении послеоперационного периода эпителизация раны отмечается к 9-10-м суткам. В эти же сроки отмечается и тенденция к нормализации видового и количественного состава микрофлоры полости рта.

Таким образом, устранение анатомических нарушений полости рта, характерных для больных с расщелинами твердого и мягкого нёба, ведёт к постепенной нормализации количественного и качественного состава микрофлоры полости рта, что необходимо учитывать при назначении антибактериальной и противовоспалительной терапии в послеоперационном периоде.

На сегодняшний день комплексное лечение стоматологических заболеваний общепризнано считается современным приоритетным направлением. В этой связи коррекция микробиоценоза полости рта у лиц с различными стоматологическими заболеваниями является необходимым дополнением схемы лечения, обеспечивающим протективный эффект в отношении роста условно-патогенных бактерий.

С микробиологических позиций большой интерес представляют обнаружение и изучение факторов, обеспечивающих персистенцию условно-патогенных микроорганизмов, так как создание устойчивых неблагоприятных микробиоценозов ставит проблему поиска лекарственных препаратов, направленных на уменьшение и исчезновение данных свойств у культур, колонизирующих полость рта людей, страдающих дисбактериозом. В этой связи определенный интерес вызывает вопрос о возможном воздействии бактериопрепаратов на факторы, способствующие персистенции. Условно-провоцирующими факторами развития осложнений могут быть обострения хронических заболеваний верхних дыхательных путей, аллергические реакции, нарушения гормонального фона, то есть состояния, ведущие к развитию общей и тканевой гипоксии. Интересные данные получены (Русяева Е.Е. и др., 2002) после операции ринохейлопластики по поводу врожденной рас-

щелины губы и неба в возрасте от 12 до 18 лет. Сравнительный анализ полученных результатов по четырем биотопам показал, что рост микроорганизмов наблюдается на всех слизистых, за исключением ороназального устья (8%). Монокультуры были выделены в 42% случаев со слизистой носа на стороне без поражения и слизистой ороназального соустья, при этом в зеве монокультуры отсутствовали в 100% случаев, а на слизистой со стороны поражения у каждого четвертого пациента. Среди ассоциаций ведущими были двухкомпонентные на слизистых носа и трехкомпонентные на слизистых ороназального соустья и зева.

Таким образом, микрофлорой, определяющей дисбиоз изученных биотопов, являются *Staph. aureus*, *Str. группы D*, *E. fecalis*, дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Перечисленные микроорганизмы чаще и в больших количествах встречались на слизистой ороназального соустья и слизистой носа со стороны поражения.

В этой же работе проанализированы результаты иммунологических исследований. Оказалось, что наиболее существенные нарушения определяются в фагоцитарной функции нейтрофилов. Эти нарушения проявлялись достоверным снижением фагоцитарной активности нейтрофилов, их переваривающей способности, а также уровня сывороточного лизоцима.

Интересные данные приводят Л.Н. Рогов и соавт. (2015). При врожденной расщелине губы и неба у детей формируются благоприятные условия для увеличения колонизации эндотоксичных микроорганизмов и микрофлоры полости носа в зубодесневых бороздках 3-4-х зубов, а также в области краев расщелины неба. Количество энтеротоксичных бактерий вдоль расщелины почти в 6 раз выше, чем у детей без патологии. В слизистой оболочке полости рта базальная мембрана тонкая и недифференцированная, аморфное вещество более проницаемо, что создает благоприятные условия для распространения условно-патогенной микрофлоры.

Возникающий феномен «ротового дыхания» приводит к гипосаливации и снижению выработки муцина, лизоцима. На фоне снижения местной иммунологической реактивности изменяется также магний-кальциевый баланс, участвующий в механизмах резистентности и регенерации слизистой оболочки полости рта. Вполне очевидно, что все эти изменения и обуславливают избыточный рост микробов.

Интересные данные приводит в своей работе А.М. Азимов (2007). Так, результаты микробиологических и иммунологических исследований показали, что ИРС-19 в комплексе медикаментозного лечения до и после пластики неба оказывает достоверное положительное влияние на микробиоценоз и факторы местной защиты полости рта с первых же суток после применения, оптимизируя течение раневого процесса.

В последние годы особый интерес представляет пересмотр микробиологической концепции воздействия на микрофлору полости рта. Обосновано применение

пробиотиков – препаратов микробного или немикробного происхождения, которые подавляют рост патогенной и условно-патогенной микрофлоры и их ассоциаций.

Тем не менее, перспективным направлением в комплексном лечении патологии полости рта является использование бактериальных препаратов, действующим началом которых являются штаммы представителей нормальной микрофлоры с высокими антагонистическими, ферментативными и иммуностимулирующими свойствами.

Однако необходимо учитывать, что дисбактериоз полости рта практически никогда не возникает изолированно, поэтому для его коррекции необходимо выявить и устранить спровоцировавшие его развитие факторы. Без этого терапия бактериальными препаратами будет малоэффективной.

На сегодняшний день имеется достаточный выбор средств для сохранения и поддержания равновесия нормальной микрофлоры полости рта, поэтому более актуальной задачей является их рациональное и целенаправленное применение с учетом индивидуальных особенностей определенного микробиоценоза конкретного пациента.

Заживление послеоперационных ран после уранопластики зависит от многих причин клинического характера (погрешность в выборе методики операции, технические неудачи, ошибки послеоперационного ведения и др.), наличия общесоматических заболеваний. Все это в итоге сказывается на особенностях метаболических и структурных изменений тканей неба, которые непосредственно влияют на течение послеоперационных процессов регенерации и заживления.

Исходя из современных представлений о том, что энергетический обмен занимает одно из центральных мест в метаболизме органов и тканей и может выступать как решающий фактор, определяющий направление и характер развития патологических процессов, по мнению Н.А. Колесовой (2012), целесообразно изучение его особенностей при различных видах дефектов неба, так как именно эти показатели в сочетании с изменениями структуры могут раскрыть основные факторы, являющиеся причиной низкой эффективности оперативных вмешательств. Особенностью энергетического обмена слизистой оболочки неба при врожденных несращениях является преобладание в эпителиальных и соединительнотканых клеточных элементах гликолиза, что можно расценивать как признак развития компенсаторно-приспособительных процессов в условиях нарушенного трофического обеспечения тканей при этой патологии, для которых в норме характерно преобладание тканевого дыхания.

При остаточных дефектах наблюдается тенденция к усилению признаков тканевой гипоксии, что подтверждается снижением активности ферментов всех метаболических циклов, изученных нами. Усиливаются и микроциркуляторные нарушения, которые обуслов-

ливают ухудшение поступления в ткани кислорода, нарастание тканевой гипоксии, стимулирующей пролиферацию и высокую функциональную активность фибробластов, что приводит к фиброзу слизистой оболочки и ухудшению процессов регенерации и послеоперационного заживления ран. Механизм этих нарушений может быть обусловлен усилением трофических изменений в связи с оперативным вмешательством на мягком небе.

При вторичных дефектах твердого неба происходит достоверное снижение энергетических процессов всех изученных циклов, как в эпителии, так и в клеточных соединительнотканых элементах. Это сочетается с прогрессированием дистрофических и деструктивных изменений покровного эпителия, признаками акантоза. Собственная пластинка слизистой оболочки склеротически изменена, уплотнена. Микрососуды зажаты между коллагеновыми волокнами, стенки многих из них утолщены, склерозированы. В целом это свидетельствует об усугублении при вторичных дефектах трофических нарушений в тканях неба и усилении признаков тканевой гипоксии, что нуждается в терапевтической коррекции.

Дети с ВРГН – часто болеющие дети в основном первого года жизни (65%) со своеобразным преобладанием грамотрицательной микрофлоры в полости рта. Благоприятное течение послеоперационного периода возможно при проведении операции в ранние сроки – на 3-8-й день – и выписке – на 14-21-й день госпитализации. Для предупреждения развития осложнений рекомендуется проводить микробиологическое исследование, общий анализ крови и ранние сроки – до поступления или в первые дни госпитализации.

Такого же мнения придерживаются и американские специалисты J.F. Соссо и соавт. (2010), которые в сравнительном исследовании различий в микробной окружающей среде у детей с расщелиной твердого неба и у детей с расщелиной верхней губы для определения изменений, возникающих в микробной флоре до и после операции восстановления твердого неба и верхней губы, показали, что больные с расщелиной твердого неба имели значительно более высокую частоту колонизации стафилококками, но не резистентным штаммом к метициллину *Staph. aureus* ($p=0,0298$; χ^2 test). Закрытие расщелины твердого неба совпадало со значительным уменьшением распространенности бактерий родов *Klebsiella* и *Enterobacter* ($p<0,05$; McNemar test). Авторы находят, что, несмотря на высокую распространенность значительной патогенной и кишечной флоры после операции при первичной реконструкции неба, раневая инфекция после операции возникает редко при проспективном изучении популяции. Однако наличие β -гемолитических стрептококков ассоциировалось с более высоким риском возникновения расхождения ран при оперативном лечении; поэтому они считают оправданным рутинный скрининг на стрептококки до операции. Успех лечения этой категории больных детей

на практике во многом будет зависеть от вышеперечисленных условий обследования и лечения.

Для хирурга важным аспектом при проведении успешной операции является наличие нормальной микрофлоры полости зева. Нередко безупречно выполненная операция может дать осложнения в результате размножения патогенной микрофлоры или развития респираторных заболеваний в послеоперационном периоде. Успех антибактериального лечения напрямую связан со своевременным выявлением микрофлоры полости рта ребенка, что позволяет назначить этиотропный антибиотик. Согласно данным разных авторов, в качественном составе и количестве микрофлоры, взятой из расщелины, преобладают *Candida spp.* (74,7%), *E. coli* (12,7%), *Klebsiella spp.* (18,7%). В этой ситуации неверно выбранный вначале антибиотик может послужить причиной неэффективности дальнейшей терапии, назначения повторных курсов терапии, что значительно увеличит не только количество койко-дней, но и стоимость всего лечения. Именно поэтому в последние годы большое внимание уделяется рациональному выбору антибактериальных средств, что предполагает не новизну препарата, а своевременное назначение этиотропной терапии с учетом бактериального агента, полученного в ходе проведения микробиологического исследования.

У детей с расщелиной губы и неба следует учитывать также факт неоднократной госпитализации, возможность формирования устойчивой госпитальной микрофлоры разных стационаров. Кроме того, выбор антибиотиков, особенно у детей первых месяцев и первых двух лет жизни, ограничен из-за токсичности многих препаратов (аминогликозидов, хлорамфеникола, сульфаниламидов, цефтриаксона, фторхинолонов). Антибактериальные препараты, используемые у детей, должны быть не только высокоэффективными, но и обладать минимальным риском развития дисбактериоза, токсических и аллергических реакций.

Перспективным направлением в комплексном лечении патологии полости рта является использование бактериальных препаратов, действующим началом которых являются штаммы представителей нормальной микрофлоры с высокими антагонистическими, ферментативными и иммуностимулирующими свойствами.

Список литературы

1. Азимов А.М. Оптимизация заживления раны при пластике врожденных дефектов неба у детей бактериальными лизатами: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2007. – С. 56.
2. Амануллаев Р.А. Частота рождаемости детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в крупных регионах Узбекистана и врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей // Актуальные вопросы комплексного лечения. – М., 2006. – С. 14-15.
3. Брызгалова И.А., Царев В.Н., Ульянов С.А. Микрофлора полости рта до и после уранопластики // *Стоматол. детского возраста и профилактика.* – 2007. – №1. – С. 5-10.
4. Верещагина В.А. Основы общей цитологии. – М., 2007. – 45 с.
5. Вологина М.В. Колонизационная резистентность полости рта у детей с врожденной расщелиной неба до уранопластики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2008. – 19 с.
6. Вологина М.В., Климова Т.Н., Крамарь В.О. и др. Микрофлора экосистемы полости рта при расщелинах неба // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: Сб. науч. тр. Волгоградского гос. мед. ун-та. – Волгоград: ООО «Бланк», 2009. – С. 432.
7. Гаврилова О.А. Микроэкология полости рта и ее роль в этиопатогенезе стоматологических заболеваний у детей с хроническим гастроудоденитом: принципы комплексного лечения и профилактики: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Тверь, 2010. – 40 с.
8. Дусмухамедов М.З. Комплексное лечение детей с врожденной расщелиной неба, прогнозирование и профилактика послеоперационных осложнений: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2006. – 26 с.
9. Дьякова С.В., Яковлев С.В., Перишина М.А. Современный подход к диспансеризации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы 2-го Всерос. науч.-практ. конф. – М., 2006. – С. 85-89.
10. Ешиев А.М., Давыдова А.К. Обзор эффективности оперативного лечения больных с врожденными расщелинами верхней губы, твердого и мягкого неба, получивших лечение в челюстно-лицевом отделении Ошской межобластной объединенной клинической больницы за период с 2010 по 2012 гг. // Фундамент. исследования. Издательский дом «Академия естествознания». – 2013. – № 5, ч. 2. – С. 276-278.
11. Ибрагимов У.Ф. Обоснование применения «Тахокомб» при уранопластике для оптимизации заживления ран: Дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2010. – С. 58.
12. Икрамов Г.А. Применение актовегина у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после уранопластики: Дис. ...канд. мед. наук. – Ташкент, 2004. – 105 с.
13. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей. – М., 1990. – 170 с.
14. Муртазаев С.М., Юлдашев А.Ю., Азимов М.И., Залялиева М.В. Применение бифидум-лактобактерина в дооперационном периоде у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // *Стоматология.* – 2002. – №6. –С. 53-56.
15. Савенкова М.С., Притыко А.Г., Гончаков Г.В. и др. // Пульмонолог. и оториноларингол. – 2012. – №1. – С. 26-31.

16. Суниев Т.К., Мамедов А.А., Негаметзянов Н.Г. и др. Опыт комплексного лечения детей с двусторонней расщелиной губы и неба // *Стоматология*. – 2014. – №5. – С. 69-74.
17. Aleksandrov M.T., Prikuls V.F., Bogdanov V.Iu., Vasil'ev E.N. Antimicrobial activity determination of the preparations used in comprehensive treatment of patients with parodontitis // *Stomatologiya*.
18. Arief E.M., Mohamed Z., Idris F.M. Study of viridans streptococci and Staphylococcus species in cleft lip and palate patients before and after surgery // *Cleft Palate Craniofac. J.* – 2005. – Vol. 42, №3. – P. 277-279.
19. Bos M., Hopman J., Stuiver M.M., Voss A. Decolonisation of meticillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) carriage in adopted children with cleft lip and palate // *J. Glob. Antimicrob. Resist.* – 2016. – Vol. 7. – P. 28-33.
20. Cocco J.F., Antonetti J.W., Bums J.L. et al. Characterization of the nasal, sublingual, and oropharyngeal mucosa microbiota in cleft lip and palate individuals before and after surgical repair // *Cleft Palate Craniofac. J.* – 2010. – Vol. 47, №2. – P. 151-155.
21. Costa B., Lima J.E., Gomide M.R., Rosa O.P. Clinical and microbiological evaluation of the periodontal status of children with unilateral complete cleft lip and palate // *Cleft Palate Craniofac. J.* – 2003. – Vol. 40, №6. – P. 585-589.
22. de Agostino Biella Passos V., de Carvalho Carrara C.F., da Silva Dalben G. et al. Prevalence, cause, and location of palatal fistula in operated complete unilateral cleft lip and palate: retrospective study // *Cleft Palate Craniofac. J.* – 2014. – Vol. 51, №2. – P. 158-164.
23. Ferdous K.M., Salek A.J., Islam M.K. et al. Repair of cleft lip and simultaneous repair of cleft hard palate with vomer flap in unilateral complete cleft lip and palate: a comparative study // *Pediatr. Surg. Int.* – 2010. – Vol. 26, №10. – P. 995-1000.
24. Gbolahan O.O., Ogunmuyiwa S.A., Osinaike B.B. Randomized Controlled Trial comparing Dressing and No Dressing of Surgical Wound after Cleft Lip Repair // *J. Contemp. Dent. Pract.* – 2015. – Vol. 16, №7. – P. 554-548.

УДК: 616.315-007.254+616.716.85/.87-089
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-22>

АЛЬВЕОЛОПЛАСТИКА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ГУБЫ И НЕБА



Юлдашев А.А., Назарова Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Врожденные расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба сопровождаются тяжелыми анатомическими и функциональными нарушениями всех структур среднего отдела лица. С рождения у пациентов наблюдается нарушение таких жизненно важных функций, как сосание, дыхание, глотание и речь. Врожденные расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба отрицательно влияют на внешний облик ребенка, что приводит к серьезным изменениям их эмоционально-психологического состояния, социальной дезадаптации, что формирует актуально медико-социальную проблему. Описаны возможности использования богатого тромбоцитами фибрина в качестве мембраны при пластике дефекта альвеолярного отростка у детей с врожденной расщелиной губы и неба.

Ключевые слова: врожденные расщелины верхней губы и неба, альвеолярный отросток, альвеолопластика, богатый тромбоцитами фибрин.

Annotation

Congenital clefts of the upper lip, alveolar process and palate are accompanied by severe anatomical and functional disorders of all structures of the middle part of the face. From birth, they cause a violation of such vital functions as sucking, breathing, swallowing and speech. Negatively affect the appearance of the child, which leads to serious changes in their emotional and psychological state, social maladjustment of the patient, which forms the actual medical and social problem. The article presents the possibility of using platelet-rich fibrin as a membrane in plastic repair of the alveolar process defect in children with congenital cleft lip and palate.

Key words: congenital clefts of the upper lip and palate, alveolar process, alveoloplasty, platelet-rich fibrin (PRF)

Для специалистов, занимающихся комплексным лечением больных с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН), наибольшие трудности представляют дети, имеющие и расщелину альвеолярного отростка. У этих пациентов наиболее ярко выражены функциональные и анатомические нарушения, обусловленные:

- отсутствием или гипоплазией костной ткани, представляющей первоначальный дефект альвеолярного отростка верхней челюсти. Это является причиной нестабильности верхнечелюстных сегментов и подвижности межчелюстной кости у больных с двусторонними сквозными расщелинами верхней губы и неба, что затрудняет ортодонтическое лечение и возможное протезирование в старшем возрасте.

- наличием вестибулоназального соустья, которое нарушает гигиену полости рта, приводит к возникновению хронических воспалительных процессов в полости рта и носа, множественному кариесу зубов, а также неблагоприятно сказывается на речи.

- отставанием роста верхней челюсти;
- недоразвитием кости из-за рубцов после предшествующих оперативных вмешательств.

Эффективность реконструктивных операций, проводимых с целью устранения типичной деформации верхней губы и носа, также значительно снижена из-за отсутствия костной опоры под основанием крыла носа и уплощения фронтального отдела верхней челюсти.

Известно, что расщелина альвеолярного отростка относится к расщелинам первичного неба, и если верхняя губа расщепляется снизу вверх, то альвеолярный отросток расщепляется сверху вниз. При всех формах расщелины альвеолярного отростка апикальный базис недоразвит или имеет дефект кости, значительно больший, чем в области гребня альвеолярного отростка. Наличие дефекта в области базальной части альвеолярного отростка приводит к неустойчивости результатов ортодонтического лечения.

Поэтому устранение врожденного дефекта альвеолярного отростка является одним из важных этапов хирургического лечения больных с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба. Восстановление непрерывности альвеолярного отростка позволяет стабилизировать расщепленные участки верхней челюсти, что снижает тяжесть послеоперационных деформаций и позволяет добиться стабильности результатов ортодонтического лечения.

Изучение литературных источников показывает, что первая попытка трансплантации кости в расщелину альвеолярного отростка принадлежит Drachter (1914). Позднее Veau (1931) опубликовал классификацию и попытался устранить расщелину неба костным трансплантатом малоберцовой кости. В 1955 Nordin описал результаты раннего устранения расщелины альвеолярного отростка и неба аутогенной костью. С целью профилактики смещения и сдавления сегментов верхней челюсти у больных со сквозными расщелинами T. Skoog. (1965) предложил использовать надкостничный

лоскут для перекрытия дефекта верхней челюсти. В 1972 году Boyne и Sands разработали протокол вторичной костной пластики. Wolf (1963) получил хорошие результаты по трансплантации костной ткани, взятой с черепа. А в 1987 году Nique для устранения расщелины альвеолярного отростка применил аллогенную кость.

Работы Ritsila и соавт. (1972), Rosseli (1982) демонстрируют эффективность применения свободного лоскута надкостницы, взятого с передней поверхности большеберцовой кости при устранении РАО. Предлагаются различные варианты костных и хрящевых ауто- и аллотрансплантатов (Фролова Л.Е. и др., 1979).

Некоторые авторы предпочитают комбинированные костно-надкостничные ауто-аллотрансплантаты. Б.Н. Давыдов (1996, 2000), Л.Е. Агеева (1998.) предлагают проводить первичную реконструкцию альвеолярного отростка в раннем возрасте одновременно с пластикой верхней губы или раннюю вторичную костную пластику альвеолярного отростка одновременно с пластикой неба, осуществляя периостеопластику или используя аллотрансплантат или брезентовую кость и свободно пересаженную аутонадкостницу.

Анализ литературы последних лет показывает, что до сих пор нет единого мнения о сроках и методах хирургического лечения, которые позволили бы достичь оптимального анатомического, косметического и функционального результата. Остается спорным выбор остеопластического материала для костной пластики альвеолярного отростка.

По срокам проведения костная пластика может быть:

- первичная (до 2-х лет),
- ранняя вторичная (от 2-х до 5-и лет),
- вторичная (от 5 до 16 лет),
- поздняя вторичная (старше 16 лет).

Это оперативное вмешательство решает следующие задачи:

- 1) стабилизация верхнечелюстных сегментов, особенно при двусторонней расщелине;
- 2) усиление и поддержка костной структуры в основании крыльев носа;
- 3) исключается западение мягких тканей губы
- 4) появляется возможность прорезывания зубов в бывшее щелевидное пространство или рядом с ним;
- 5) устранение деформирующего влияния на рост не только верхней челюсти, но и всей средней зоны лица;
- 6) улучшаются условия для проведения ортодонтического лечения;
- 7) упрощение условий протезирования больного;
- 8) возможно использовать дентальных имплантатов.

Г.И. Семенченко (1972), Г.Г. Мамедов (1978), Pfeifer (1979), Hrivnakova и соавт. (1983), Eppley, Sadove (2000) отдают предпочтение первичной костной пластики, проводимой вместе с пластикой верхней губы. По их мнению, восстановление врожденного костного дефекта в возрасте 6-8 месяцев создает условия для раннего, симметричного воздействия хрящевой перегородки носа на всю верхнюю челюсть, чем достигается более

правильное формирование и развитие верхней челюсти и всего среднего отдела лицевого скелета. Не всегда удачные результаты раннего костно-пластического восстановления врожденного дефекта альвеолярного отростка авторы объясняют неблагоприятным влиянием костного трансплантата на рост верхней челюсти. Вторичную костную пластику рекомендует проводить в 8-12 лет, после прекращения активного роста верхней челюсти в длину и ширину (Гончаков Г.В. и др., 1998; Ключников В., 1999). По данным зарубежной литературы (Denny et al., 1999; Lino et al., 2000; Omnell, 2000; Sadove, 2000 и др.), предпочтение следует отдавать проведению вторичной костной пластики в период от 6 до 14 лет.

Наиболее оптимальным условием для проведения этого оперативного вмешательства следует считать возраст 8-9 лет для девочек и 9-10 лет для мальчиков (Выключ М.В. и др., 2009). При таком выборе учитывают завершение наиболее активного роста верхней челюсти к этому возрасту, высокую активность репаративной регенерации костной ткани и анатомо-топографическое положение непрорезавшихся постоянных клыков.

Большую роль в достижении задач, поставленных перед операцией, играет выбор вида пластического материала. Большинство исследователей (Семенченко Г.Г., 1963, 1967; Самар Э.Н., 1971; Stellmach, 1967; Wood, 1970; Jolleys, 1972 и др.) используют в качестве трансплантата при устранении РАО аутологичный материал (ребро, гребешок подвздошной кости и др.). Некоторые авторы признают эффективность использования аллокости и консервированного хряща (Фролова Л.Е., 1981; Koch, 1969; Норре, 1974 и др.), эмбриональной костной ткани (Окулова А.Н., 1955; Клебановская Р.Л., 1967; Спекторов В.А., 1970 и др.), а также их комбинации (Давыдов Б.Н., 1984). Наиболее удачным является аутогубчатая кость из гребешка подвздошной кости пациента. Преимуществами использования данного вида трансплантата служит его пластичность, структурная адаптация (сходство с губчатой костью верхнечелюстной кости) и большая остеогенная активность. Из гребешка подвздошной кости можно получить достаточное количество пластического материала даже для устранения больших дефектов альвеолярного отростка.

Таким образом, анализ литературы указывают на то, что восстановление непрерывности альвеолярного отростка устраняет деформирующее влияние на рост не только верхней челюсти, но и всей средней зоны лица, способствует сбалансированному развитию верхней челюсти, оптимизирует условия для дальнейшего роста межчелюстной кости. По этой причине считаем, что проведение альвеолопластики у детей с ВРГН является необходимым этапом хирургического лечения.

Результаты исследования многих авторов указывает на то, что в отдаленные сроки после первичной костной пластики верхняя челюсть отстает в росте, лицо больного приобретает вогнутый профиль, увеличивается частота перекрестного прикуса и формируется дефор-

мация челюстно-лицевой области. На наш взгляд, оптимальным возрастом для альвеолопластики верхней челюсти является 8-12 лет, так как в этот период после прекращается активный рост верхней челюсти как в длину, так и в ширину.

Достаточно широкое распространение в современной челюстно-лицевой хирургии получил метод направленной регенерации костной ткани (НРКТ), основанный на неодинаковой скорости размножения и распространения различных типов клеток, участвующих в процессе заживления дефекта. Для реализации метода НРКТ разработаны мембраны, ограничивающие пространство, где происходит формирование регенерата, от проникновения клеток эпителиальной и рубцовой тканей, препятствующих процессу регенерации. На сегодняшний день метод НРКТ с успехом используется в восстановлении врожденного дефекта альвеолярного отростка.

Степень репаративной регенерации в области пересаженного аутоотрансплантата является абсолютным критерием оценки качества хирургического лечения, которое зависит от герметичности трансплантата. Для достижения этой цели сегодня широко используются мембраны, которые насчитывают свыше трех десятков различных видов. По их состоянию в тканях выделяют 2 основные группы: резорбирующиеся и нерезорбирующиеся (Watzek, 1999)

I. Резорбирующиеся:

1. природные:

а) аллогенная ламинированная деминерализованная кость Ламбон (Pacific Coast Tissue, США);

б) ксеногенные коллагеновые: Био-Гайд (Geistlich Biomaterials, Швейцария),

в) ксеногенные комбинированные: Остеоплант Флекс кортикальный (Bioteck, Италия).

2. Синтетические:

а) полимерные: Абрисорб (Block Drug Company, США);

б) гипсовые: Капсет Хансет (Lifecore Biomedical).

II. Нерезорбирующиеся: Gore-Tex (W.L. Gore, США), Tef Gen (Lifecore Biomedical, США), Cytoplast GBR-200, Ti-250 (Osteogenics Biomedical, США).

Результаты исследования показали, что мембрана должна быть изготовлена из биосовместимого материала, обладать достаточными барьерными свойствами, предотвращать миграцию эпителия, инвазию бактерий при экспозиции. Для рассасывающихся мембран важно сохранение барьерных свойств на протяжении определенного периода, способность удерживать пространство для формирования кости, обладать способностью к прикреплению к окружающим тканям – тканевая интеграция, быть удобными в работе – клинически управляемыми, идеальная мембрана должна соответствовать всем этим требованиям и быть резорбируемой (Buser, 1994; Becker, 1995). По мнению других авторов, функциями мембран являются барьерная, фиксация густка,

материала и удержание пространства (Becker, 1995; Bernimoulin, 1999; Hägeward, 1999).

Многие авторы сходятся в том, что эффект применения мембран определяется не столько их специфичностью, сколько способностью создать условия для успешного формирования, надежного сохранения и нормальной трансформации кровяного сгустка (Vergara J. et al., 1997; Parashis A. et al., 1998; Eickholz P. et al., 1998). Показательным является сравнение данных, полученных G. Leghissa и соавт. (1999) при использовании нерезорбирующихся мембран, и D. Tatakis и соавт. (1999) – при применении резорбирующихся барьеров. В схожих клинических условиях авторами получено соответственно 85 и 81% положительных результатов.

В литературе встречаются работы, в которых сопоставляются различные виды мембран. Так, F. Elharar и соавт. (1998) при сравнении коллагеновых резорбирующихся мембран различной толщины и с разной внутренней структурой, а также синтетических нерезорбирующихся мембран из политетрафторэтилена не выявили существенной разницы между ними. Вместе с тем эти авторы, а также J. Mattson и соавт. (1999), J. Wiltfrang и соавт. (1998) и др. в своих работах особо подчеркивают то обстоятельство, что положительный исход операций стал возможен, прежде всего, благодаря надежной фиксации кровяного сгустка *in situ*. В частности, для достижения необходимой зрелости кровяному сгустку требуется около двух месяцев. Поскольку даже самые быстро резорбирующиеся барьеры сохраняются в ране не менее 6 недель, очевидно, что все виды мембран выполняют защитную роль для кровяного сгустка и подсадочного материала в самый критический послеоперационный период. Специфическое же изолирующее влияние мембран на рост медленно регенерирующих тканей следует считать вторичным.

В качестве материала, выполняющего барьерную функцию и стимулирующего остеогенную активность трансплантата при костнопластическом замещении расщелины альвеолярного отростка, А.И. Воложин и соавт. (2000), М.А. Першина (2001), Н.А. Юлова (2002) предлагают использовать биоактивную мембрану «Пародонкол». Применение мембран основано на принципе направленной регенерации тканей. Наличие в этих мембранах коллагена и кристаллов гидроксиапатита усиливает интегративные свойства тканей. Выполняя роль дополнительного лоскута, мембрана защищает трансплантат от инфицирования и прорастания внутрь дефекта клеток мягкотканного компонента.

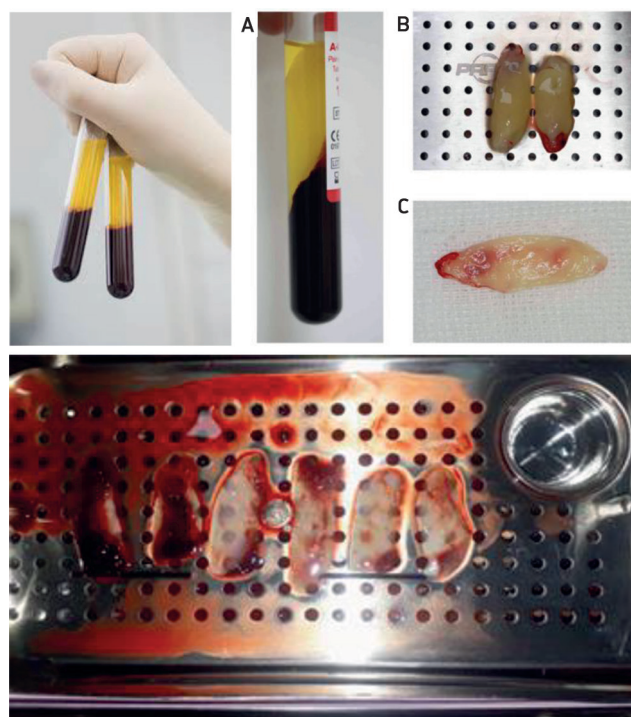
Но все вышеуказанные эти материалы недоступны. На нашем рынке данный материал практически не встречается.

В последнее время внимание специалистов обращено на аутоконцентраты крови, например, тромбоцитарно-обогащенную плазму, тромбоцитарно-обогащенные

ростовые факторы и тромбоцитарно-обогащенный фибрин.

Тромбоцитарно-обогащенный фибрин содержит большое количество факторов роста. Они синтезируются мегакариоцитами и хранятся в основном в альфа-гранулах тромбоцитов. После того, как тромбоциты активируются в зонах повреждения тканей, они секретируют протеины, такие как фибриноген, фибронектин, витронектин, ростовые факторы, включая BMP, ростовой фактор- β , тромбоцитарный ростовой фактор, инсулиноподобный ростовой фактор, сосудисто-эндотелиальный ростовой фактор, ростовой фактор фибробластов и невероятно важный коагуляционный гликопротеин тромбоспондин-1, в течение 7 дней. Фибриновая мембрана также обеспечивает отличную основу для эпителизации, а высокая концентрация ростовых факторов и высвобождение цитокинов стимулирует процесс заживления путем микроваскуляризации и роста новых тканей.

Богатый тромбоцитами фибрин (Platelet Rich Fibrin – PRF) – это фибриновый матрикс, содержащий цитокины, факторы роста и белые кровяные клетки и способный выделять их продолжительное время. Может использоваться как в виде сгустков, так и в виде мембран.



Для получения PRF используются особые пробирки. Благодаря специальным, одноразовым, стерильным пробиркам и определенному времени центрифугирования в фибриновой матрице концентрируется максимальное количество тромбоцитов и лейкоцитов, факторов роста и иммунной защиты, что стимулирует ангиогенез и создает благоприятные условия для восстановления поврежденного участка.



Методика получения PRF предельно проста. Для этого не требуются специальные навыки и оборудование. Она проводится непосредственно перед хирургическим вмешательством. Вакуумным способом происходит забор крови из вены пациента в специальные пробирки, далее кровь центрифугируется в рекомендованном режиме (скорость вращения 1300 об/мин, время – 8 мин).

Полученные сгустки отжимаются в специальном прессе, в результате чего мы получаем довольно плотные мембраны – достаточно прочные, эластичные, которые отлично обрабатываются с помощью хирургических ножниц и стабильны при комнатной температуре.

Список литературы

1. Бессонов С.Н. Первичная и вторичная коррекция деформаций средней зоны лица у пациентов с врожденными расщелинами верхней губы и неба // Тезисы докладов заседания Северо-восточного некоммерческого партнерства пластических и реконструктивных хирургов // *Анналы пласт., реконструкт и эстет. хирургии.* – 2006. – №1. – С. 72-73.
2. Бессонов С.Н., Гаврилова О.А. Обоснование необходимости специальной подготовки пациентов с врожденными расщелинами альвеолярного отростка и дефектами твердого неба к костно-пластическим операциям // *Вклад ученых Тверской государственной медицинской академии в решение основных проблем стоматологии: Материалы науч. сессии, посв. 70-летию ТГМА.* – Тверь, 2006. – С. 90-95.
3. Бессонов С.Н., Давыдов Б.Н. Стандарты комплексного лечения пациентов с деформациями средней зоны лица, обусловленными врожденными расщелинами верхней губы и неба // *Стандартизация методов лечения в пластической и реконструктивной хирургии: Материалы 2-й Всеукраинской науч.-практ. конф.* – Киев, 2006. – С. 8-9.
4. Выклюк М.В., Воложин А.И., Высочанская Ю.С. Случай успешной костной пластики расщелины альвеолярного отростка // *Мед. визуализация.* – 2009. – №4. – С. 76-79.
5. Выклюк М.В., Высочанская Ю.С., Дьякова С.В. и др. Новая методика костной пластики альвеолярного отростка с помощью биокерамических гранул // *Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы 3-й Всерос. науч.-практ. конф.* – М., 2009. – С. 78-79.
6. Выклюк М.В., Дьякова С.В., Воложин А.И. и др. Оценка костного регенерата после пластики альвеолярного отростка губчатым веществом подвздошной кости с добавлением гранул трикальцийфосфата у детей и подростков с врожденными расщелинами челюстно-лицевой области // *Институт стоматологии.* – 2009. – №2 (43). – С. 56.
7. Гончаков Г.В. К вопросу о тактике хирургического лечения детей с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и неба. – М., 2002.
8. Губина Л.К. Анализ динамических окклюзионных взаимоотношений у пациентов с расщелиной губы, альвеолярного отростка и неба // *Рос. стоматол. журн.* – 2005. – №2. – С. 37-38.
9. Давыдов Б.Н., Арсенина О.И., Агеева Л.В. Хирургический метод фиксации начелюстных аппаратов у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // *Стоматология сегодня и завтра: Материалы Всерос. науч.-практ. конф.* – М., 2005. – С. 57-58.
10. Давыдов Б.Н., Бессонов С.Н. Хирургическое лечение детей с врожденными односторонними расщелинами верхней губы и альвеолярного отростка // *Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи: актуальные вопросы комплексного лечения: Материалы 2-й Всерос. науч.-практ. конф.* – М.: МГМСУ, 2006. – С. 71-72.
11. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Учеб. пособие; Под ред. О.З. Топольницкого, С.В. Дьяковой, А.Н. Окулова, В.П. Ваишевич. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 192 с.
12. Клебановская Р.Л., Спекторов В.А., Чуйкин С.В. и др. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. – Москва; Уфа: БашГМУ, 2005. – 294 с.
13. Фролова Л.Е., Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. – М., 2005. – 197 с.
14. Чуйкин С.В., Давлетшин Н.А., Герасимова Л.П. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. – Москва; Уфа: БашГМУ 2005. – 294 с.
15. Bessonov S.N., Ostanin A.V., Davydov B.N. Prevention and correction of velopharyngeal incompetence in cleft palate patients // *Abstracts of International cleft lip and palate foundation conference.* – Eastbourne, UK, 2006. – P. 2.
16. Bessonov S.N., Volozhin A.I., Ageeva L.V., Mamedov Ad.A. Elaboration and application of bioregenerating membranes for maxillary bone defect withdraw // *Asian J. Oral Maxillofac Surg.* – 2010. – Vol. 12, №1. – P. 176.
17. Hemprich A., French B., Hierl T., Dannhauer K.-H. The functionally based Leipzig concept for the

treatment of patients with cleft lip, alveolus and palate // *J. Cranio-Maxillofac Surg.* – 2006. – Vol. 34 (Suppl 2), – P. 22-26.

18. Koch H., Gbolahan O.O., Ogunmuyiwa S.A., Osinaike B.B. Randomized Controlled Trial comparing Dressing and No Dressing of Surgical Wound after Cleft Lip Repair // *J. Contemp. Dent. Pract.* – 2015. – Vol. 16, №7. – P. 554-558.
19. Stellmach W.J., Bos M., Hopman J. et al. Decolonisation of meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) carriage in adopted children with cleft lip and palate // *J. Glob. Antimicrob. Resist.* – 2016. – Vol. 9, №7. – P. 28-33.
20. Vykylyuk M.V., Vasiliev A.Y. Ultrasound diagnosis of maxillofacial area vascular malformations // *Europ. Radiol.* – 2009. – Vol. 19. – P. 438.

УДК: 616. 315-007-0. 89. 844-053.2
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-24>

THE ROLE OF STUDYING LOCAL IMMUNITY IN CHILDREN WITH CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE



**Amanullaev R.A., Ikramov G.A.,
Shomurodov E.T.**

Tashkent State Dental Institute

Annotation

Despite the large number of surgical methods for eliminating defects of the palate, the authors note the development of anatomical and functional disorders in the future. Surgical intervention on the tissues of the hard and soft palate leads to the disruption of the existing barrier - protective complex of the oral cavity. Saliva contains specific and non-specific defense factors. Immunoglobulins, T- and B-lymphocytes act as factors of specific protection. Factors of non-specific protection are represented by: interferons; lysozyme; lactoferrin; macrophages, neutrophils, etc. The oral cavity has a powerful system of humoral immunity, which contains secretory immunoglobulin A, which has a wide spectrum of protective action.

Аннотация

Несмотря на имеющееся большое количество хирургических методик по устранению дефектов неба, авторы отмечают развитие в дальнейшем анатомо-функциональных нарушений. Оперативное вмешательство на тканях твердого и мягкого неба приводит к нарушению сложившегося барьерно - защитного комплекса полости рта. Слюна содержит факторы специфической и неспецифической защиты. В качестве факторов специфической защиты выступают иммуноглобулины, Т- и В-лимфоциты. Факторы неспецифической защиты представлены: интерферонами; лизоцимом; лактоферрином; макрофагами, нейтрофилами и др. Ротовая полость имеет мощную систему гуморального иммунитета, которая содержит секреторный иммуноглобулин А, обладающий широким спектром защитного действия.

Ключевые слова: Врождённая расщелина верхней губы и небо, методы лечения, Местный иммунитет полости рта.

Congenital cleft of the upper lip and palate - a malformation that occurs as a result of impaired fetal morphogenesis. Treatment of Congenital cleft of the upper lip and palate is an urgent problem of pediatric maxillofacial surgery [2, 6, 12].

Despite the significant development of surgery for congenital cleft lip and palate, the outcome of surgical treatment is not always satisfactory. According to different authors, the number of persons with postoperative complications ranges from 16 to 52% [7,13]. A high percentage of postoperative complications undoubtedly indicates a lot of unresolved issues and the relevance of this problem. Great importance is given to the state of health, type of cleft, the method of operation, the technical readiness of the surgeon, the postoperative management of patients [2,7,14].

Rehabilitation of patients with secondary defects of the hard and soft palate is accompanied by special difficulties. Despite the large number of surgical methods for eliminating defects of the palate, the authors note the development of anatomical and functional disorders in the future. Surgical intervention on the tissues of the hard and soft palate leads to the disruption of the existing barrier - protective complex of the oral cavity [1,6].

In addition, the issue of preoperative preparation and postoperative care remains a controversial issue to this day. Improvement of existing and development of new methods of treatment, which would be highly effective and at the same time economically acceptable, is required.

Congenital cleft of the upper lip and palate is an anatomical defect that affects one of the important protective functions of the immune system, especially if the child is prone to diseases of otorinolaryngological organs and the upper respiratory tract [4,15]. Normal lymphopharyngeal ring from the moment of birth protects the child from respiratory viruses, bacteria, fungi. One of the first scientists who formulated and advanced the theory of the

importance of local immunity of the oral cavity in 1925 was A.M. Frequenty. He emphasized the independence of the mechanisms of local immunity from systemic and the importance of local immune mechanisms of the oral mucosa in the development of infectious diseases. Normally, oral cavity contains conditionally pathogenic (gram-positive and gram-negative) microorganisms, their number is of great importance. The oral cavity in a child performs a number of inalienable functions: sucking, swallowing, digestive, respiratory, salivary [1,10]. The main and necessary also includes maintaining the normal state of the oral mucosa. Saliva contains specific and non-specific defense factors. Immunoglobulins, T- and V-lymphocytes act as factors of specific protection. The barrier function of immunoglobulins is manifested by: ensuring the binding and neutralization of microorganisms on the surface of mucous membranes; inhibiting the adhesion of pathogens and reducing the risk of penetration into the body; binding of the complement and preventing the development of inflammation; the interaction of antigen-binding centers of antibodies with epitopes of antigens; potentiation of the activity of non-specific defense factors. Factors of nonspecific protection are represented by: interferons (increase antiviral protection of epithelial cells and activate natural killer cells and macrophages); lysozyme (has a bactericidal effect, eliminates pathogens, blocks viral particle transcriptase); lactoferrin (reduces the degree of colonization of siderophilic bacteria due to their binding to iron); macrophages, neutrophils, etc. The oral cavity has a powerful system of humoral immunity, which contains secretory immunoglobulin A, which has a wide spectrum of protective action (antimicrobial, antiviral, antitoxic). Specific cell protection is carried out by T-lymphocytes of the submucosa [2,5]. The species composition of the microflora of the oral cavity is quite stable, but the number of microorganisms varies significantly depending on the nature of the food, the condition of the oral cavity, tissues and the presence of somatic diseases, dental caries. In recent years, much attention has been paid to the study of immunity in children with respiratory pathology. Ciliated epithelium and mucociliary clearance contribute to the removal of foreign particles. Air is also heated in the nasal cavity. In the follicles of the tonsils form T and B lymphocytes, macrophages. The early age of children is characterized by the peculiarity of the function of the immune system, the high proliferative activity of lymphocytes, the predominance of the fraction of undifferentiated lymphocytes. At this age, there is a reorientation of the immune response to infectious antigens from the prevalence of the Th2 response, typical of newborns and children in the first months of life, to Th1, which is typical of adults. The anatomical defect of the lympho-pharyngeal ring contributes to the dysfunction of the microbiocenosis and local immunity of the mucous membranes of the oropharynx and nasopharynx [4, 7, 11]. Thus, in children with chronic adenoiditis in nasal secretions and saliva, the total amount of secretory immunoglobulin (slgA), lysozyme, and also serum IgA was significantly reduced. The deficit of secretory immunoglobulin A, dysfunction of

the normal microflora, contributes to the development of inflammatory diseases of the skin and mucous membranes of the upper respiratory tract. Children with cleft palate fall into the category of frequently ill children, as they begin to suffer from respiratory diseases almost from the first months of life. Diseases such as SARS, acute respiratory infections, rhinitis, bronchitis, starting from birth, occur in waves until the operation period. In frequently ill children, violations in the interferon production system (IFN) are also detected. In a study conducted by a group of authors, in frequently ill children, 80% of cases showed a 2-fold reduction in the ability of cells to synthesize gamma-IFN compared to infrequently ill children. Given the defect of local protection, it can be assumed that the presence of pathogenic microflora, especially Gram-negative, will be important in the development of frequent inflammatory diseases of the oropharynx and nasopharynx in this group of children.

In children with congenital isolated cleft lip and palate, microbiological studies of pharyngeal smears were performed to select a rational antibiotic therapy. It was revealed the predominance of gram-negative microflora in the oral cavity. To prevent the development of intercurrent diseases and postoperative complications, according to the results of the study, parenteral cephalosporins of the third and fourth generation should be used in the preoperative and postoperative periods, oral cefixime and protected aminopenicillins should be used [1,4].

The choice of drugs used to treat diseases of the oral mucosa is great, but not all of them meet the basic requirements - rapid, effective, painless healing of the oral mucosa. Therefore, it seems relevant to search and clinical approbation of emerging new drugs of local action, which by their pharmacological properties can be used in dental practice in the treatment of diseases of the oral cavity in children. Currently, probiotics are of increased interest among dentists. The bacterial flora of plaque is currently regarded as the primary factor causing periodontal lesions in gingivitis and periodontitis [3].

The main task in the development of treatment regimens for periodontal diseases is to address the issue of systemic or local use of antibacterial drugs. Different antimicrobial and antiseptic preparations used in dental practice totally affect all parts of the oral biocenosis. However, their bacteriostatic effect persists for a very short time, while often due to antibacterial treatment the biocenosis of the oral cavity changes and there is an increase in the resistance of pathogenic microflora to antibiotics. Inflammatory diseases of periodontal tissues, as a rule, are accompanied by oral dysbiosis, the severity of which corresponds to the degree of lesion.

At the same time, against the background of pronounced growth of pathogenic and conditionally pathogenic microorganisms, the concentration of representatives of normal microflora decreases. Therefore, the development and use in the course of treating inflammatory periodontal diseases of means that help restore the normal microflora

of the oral cavity and, in particular, periodontal tissues, is considered a necessary condition for increasing the effectiveness of treatment. One of the promising directions in this regard is the use of biologics, the active principle of which are representatives of the normal microflora of the oral cavity [4, 10].

The scientific novelty of the study is that for the first time in dental practice in the treatment of inflammatory periodontal diseases, a comparative evaluation of the effectiveness of various drugs from representatives of the symbiotic flora has been carried out. When used in the course of complex treatment of periodontitis of tableted forms of acylact eubiotics, bifidumbacterin and lactobacterin, no significant differences in the effectiveness of their use within one degree of periodontal lesion is not established [3, 11].

For the first time in the treatment of patients with chronic generalized periodontitis, the combined use of lacto- and bifidus-containing drugs was carried out. The simultaneous use of acylact and bifidumbacterin restores oral lactoflora more effectively than the use of each of the drugs separately [8, 16].

For the first time, tableted bacterial preparations were used in the treatment of inflammatory periodontal diseases. It has been established that acylact, bifidumbacterin or lactobacterin should be used in the form of resorption tablets for periodontitis of mild and moderate degrees, as well as for all degrees of periodontitis at the stage of maintenance therapy as a regulating bacteriocoenosis and immunotropic agent.

For the first time in the treatment of periodontitis, a scheme was proposed for the differentiated use of various bacterial preparations and their various dosage forms, depending on the degree of periodontal damage, as well as on indicators of local immunity of the oral cavity.

The effect of bacterial preparations on the restoration of oral microflora sensitivity to antibiotics during periodontitis was studied. When using acylact, bifidumbacterin and lactobacterin, antibiotic sensitivity is restored with mild periodontitis at 90%, with moderate periodontitis at 75%, and with severe periodontitis in 50% of cases [4, 11].

The tactics of the use of bacterial preparations in the treatment of inflammatory periodontal diseases is substantiated. According to clinical and microbiological indicators, it has been established that the use of lactobacterin at the stage of active treatment against the background of treatment of the underlying disease is more effective than when it is used only during the period of maintenance therapy. The greatest efficiency of using lactobacterin simultaneously with antibacterial therapy has been shown [10, 17].

It has been justified to conduct targeted bacterial therapy to correct the composition of the microflora of the oral cavity during periodontitis of various degrees of severity at different stages of treatment and rehabilitation in order to increase the effectiveness of complex treatment [6, 18].

A scheme for the differentiated use of bacterial preparations and their various dosage forms is proposed, depending on the severity of periodontal disease and on indicators of local immunity of the oral cavity.

The methods of using various dosage forms of bacterial preparations for inflammatory periodontal diseases have been substantiated. The optimal time parameters for the treatment of periodontitis were determined using tablet and ampullated forms of bacterial preparations [3, 17].

The necessity of supporting bacterial therapy after a set of active interventions in the treatment of periodontitis with the aim of significantly prolonging the period of remission is substantiated.

The article discusses the role of the probiotic product in strengthening the anti-infective defense of the body. As a result of the conducted research, the positive effect of the probiotic product Actimel on the parameters of the innate immune system has been established: non-specific stimulation of the local intestinal immunity; increased metabolic activity of phagocytes; increased production of IL-2 and IFN- γ .

For five decades, scientists argued about what exactly probiotics are. However, in 2002, finally, a consensus was found, thanks to which the World Health Organization was able to adopt the definition of probiotics. So, according to the WHO, probiotics are non-pathogenic for humans microorganisms that are able to restore the normal microflora of organs, as well as detrimental effects on pathogenic and conditionally pathogenic bacteria. In other words, probiotics are microbes, which normally make up the microflora of various human organs [4, 8, 12].

Thus, Comprehensive and phased treatment of young children about congenital non-through crevice of the upper lip and palate, including preoperative preparation, modified uranoplasty and remedial measures aimed at eliminating the effects of this pathology, optimizes conditions for the normal growth and development of the child's body.

References

1. Азимов А.М. Оптимизация заживления раны при пластике врожденных дефектов неба у детей бактериальными лизатами: Дис... д-ра мед. наук. — Ташкент, 2007. — С.56.
2. Амануллаев Р.А. Частота рождаемости детей с врожденной
3. расщелиной верхней губы и неба в крупных регионах Узбекистана и врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей / Р.А. Амануллаев // Актуальные вопросы комплексного лечения. — М., 2006. — С. 14-15.
4. Архипова Т.В., Коничев В.С., Стволинская Н.С. Руководство к практическим занятиям по цитологии // Москва, 2010г. - С. 26
5. Брызгалова И.А., Царев В.Н., Ульянов С.А. Микрофлора полости рта до и после уранопластики // Стоматология детского возраста и профилактика. -2007. - № 1. - С. 5-10.

6. Вологина М.В., Климова Т.Н., Крамарь В.О. и др. Микрофлора экосистемы полости рта при расщелинах неба // Актуальные вопросы экспериментальной, клинической и профилактической стоматологии: сборник научных трудов Волгоградского государственного медицинского университета.- Волгоград: ООО «Бланк», 2009.- С.432.
7. Дусмухамедов М.З. Комплексное лечение детей с врожденной расщелиной неба, прогнозирование и профилактика послеоперационных осложнений: Дис... д-ра мед. наук. — Ташкент, 2006. —С.26.
8. Икрамов Г.А. Применение актовегина у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после уранопластики. Дис...мед. наук. — Ташкент, 2004. —С. 105.
9. Корсак А.К. Хирургическое лечение детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в раннем возрасте / А.К. Корсак, А.В. Любецкий, В.И. Лапковский // Современная стоматология.-[2007. - №4. - С. 40-43
10. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция: руководство для врачей - Москва, 1990 г.- 170 с.
11. Лавриков В. Г. Этапность устранения зубочелюстных деформаций в комплексной терапии врожденных расщелин лица / Лавриков В. Г., Зернов А. В., Степина С. В. // Стоматология. 2004. №2. С. 44-45.
12. Муртазаев С.М., Юлдашев А.Ю., Азимов М.И., Заллялиева М.В. Применение бифидум-лактобактерина в дооперационном периоде у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Стоматология (М.).-2002.-№6.-С.53-56.
13. [Adeyemo WL, Adeyemi MO, Ogunsola FT, Ogunlewe MO, Ladeinde I AL, Mofikoya BO, Butali A. Prevalence and bacteriology of bacteremia 'associated with cleft lip and palate surgery. J Craniofac Surg. 2013 Jul;24(4): 1126-31. doi: 10.1097/SCS.0b01 3e3 1828016e8.
14. Antoszewska J, Kawala B, Minch L. Selected aspects of the oral environment in cleft palate patients—a problem evidently beyond dentists' scope. Postepy Hig Med Dosw (Online). 2010 Dec 27;64:659-64
15. JJelebiler O, Ersoy B, Numanoglu A. Anterior pillarplasty: a modification in cleft palate repair. J Craniofac Surg. 2011 Jul;22(4):1432-4. doi: 10.1097/SCS.0b01 3e3 1821 cc698.
16. Chuoh CB, Timmons MJ. The bacteriology of children before primary cleft I lip and palate surgery. Cleft Palate Craniofac J. 2005 May;42(3):272-6.
17. Cildir SK, Sandalli N, Nazli S, Alp F, Caglar E. A novel delivery system of probiotic drop and its effect on dental caries risk factors in cleft lip/palate children. Cleft Palate Craniofac J. 2012 May;49(3):369-72. doi: 10.1597/10-035.
18. Costa B, Gomide MR. Prevalence, cause, and location of palatal fistula in operated complete unilateral cleft lip and palate: retrospective study. Cleft PalateCraniofac J. 2014 Mar;51(2): 158-64. doi: 10.1597/11-190.
19. O.Ferdous KM, Salek AJ, Islam MK, Das BK, Khan AR, Karim MS. Repair of cleft lip and simultaneous repair of cleft hard palate with vomer flap in unilateral complete cleft lip and palate: a comparative study. Pediatr Surg Int. 2010 Oct;26(10):995-1000. doi: 10.1007/s00383-010-2643-0.

УДК: 616.317-002-08

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-3>

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЭКСФОЛИАТИВНОГО ХЕЙЛИТА



Астанакулова М.М., Бекжанова О.Е.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Для лечения эксфолиативного хейлита используются средства, воздействующие на этиологические факторы, патогенетические механизмы и симптомы заболевания. Медикаментозное воздействие включает лечение местных проявлений на слизистой красной каймы губ, а системное – комплекс мер, купирующих системные факторы развития заболевания: лечение фоновой соматической патологии, применение нейролептиков, кортикостероидов, метотрексата, детоксикационной терапии, а также нетрадиционных методов.

Ключевые слова: эксфолиативный хейлит, соматическая патология, медикаментозное воздействие, комплексное лечение.

Annotation

The treatment of eksfoliative cheilitis is in use of agents influencing on etiological factors, pathogenetic mechanisms and symptoms of diseases. Drug treatment includes the treatment of local manifestations on the mucosa of the red lip rim, and the systemic one - in a complex of measures that arrest the systemic factors of the disease development: treatment of background somatic pathology, the use of neuroleptics, corticosteroids, methotrexate, detoxification therapy, and non-traditional methods of treatment.

Лечение заболеваний слизистой оболочки рта, в частности эксфолиативного хейлита (ЭХ), является одной из актуальных проблем современной стомато-

логии. Лечение эксфолиативного хейлита – трудная задача. Ввиду длительного рецидивирующего течения и полиэтиологической природы заболевания лечение должно быть комплексным и направленным на различные звенья патогенеза. Систематический анализ применяемых в настоящее время методов лечения свидетельствует об эффективности использования местного и общего (системного) лечения, а также их сочетания.

Общее (системное) лечение. Фундаментальные исследования этиологии и патогенеза ЭХ свидетельствуют о его взаимосвязи с соматическим и психоэмоциональным состоянием пациента [6,24]. В связи с этим ЭХ требует обследования пациента у невролога, акушера-гинеколога, эндокринолога; предполагает обязательные биохимические анализы крови, чтобы оценить функцию щитовидной железы и уровень половых гормонов. Изучаются также состояние иммунной системы и неспецифическая резистентность организма. Больным ЭХ предписывается низкоуглеводная или средиземноморская диета. Продукты для такой диеты включают все виды зелени, фрукты, овощи, корнеплоды, оливковое масло, яйца, постное масло и рыбу, ягоды, семена и орехи, в исключительных случаях пациент может употреблять мороженое, конфеты, шоколад. Для предотвращения пилинга губ рекомендуется потребление овощей, нормализация сна, хорошая гигиена полости рта, очищение организма от токсинов, нормализация функционирования желудочно-кишечного тракта, прием достаточного количества жидкости [4,7,19,20,23,33].

Основные стрессовые или психиатрические состояния могут вызывать или усугублять эксфолиативный хейлит, который регрессирует с помощью психотерапии и лечения анксиолитико-антидепрессантами. Наличие у пациентов с ЭХ депрессии и тревожно-фобических расстройств является показанием к назначению психотропных препаратов с целью медикаментозной коррекции выявленного психопатологического нарушения, что позволяет не только ускорить процесс заживления красной каймы губ, но и исключить рецидив в отдаленные сроки [4].

В различных исследованиях приводятся убедительные сведения о высокой эффективности нейролептиков. В качестве антидепрессантов традиционно применяются диазепам или amitриптилина гидрохлорид [13,17,25]. Улучшение состояния пациентов с ЭХ происходит при приеме такролимуса, иммуносупрессивного макролида, в последнее десятилетие одобренного для лечения атопического дерматита [26,39,51,52].

Оланзапин, обычно назначаемый для лечения обсессивно-импульсивного расстройства, может быть дополнительным вариантом лечения для пациентов с эксфолиативным хейлитом в тех случаях, когда отмечается устойчивость к кортикостероидной терапии [31].

Указывается, что, несмотря на активную локальную терапию, включающую крем фуцинолон 0,025%, бетаметазон 0,05%, таблетки метронидазола 250 мг, кетоконазола 200 мг, преднизолон 5 мг и дифенилгидамин 25

мг, противогрибковый агент (нистатин), а также мазь гидрокортизона 1%, смягчающий крем с мочевиной 10% и бальзам для губ, решающим в качественных положительных изменениях оказалось лечение у психиатра [35].

Однако необходимо понимать, что в настоящее время стандартное лечение для купирования психологических расстройств при ЭХ отсутствует, оно должно назначаться в соответствии с клинической ситуацией. При этом тревожное расстройство, которое является излечимым, предвещает лучший прогноз, в то время как более глубокие расстройства личности являются предвестником худшего прогноза развития ЭХ [23,25,28,31].

Подчеркивается, что психофармакологическое и психотерапевтическое лечение должно назначаться в соответствии с диагнозом в зависимости от наличия сопутствующего заболевания (например, депрессия или пограничная личность).

Назначение внутрь нейролептиков и транквилизаторов (элениум, седуксен) эффективно с одновременным лечением общего заболевания и вспомогательными методами: рефлекс-, а также пирогенная терапия (для повышения сопротивляемости организма) [20].

Помимо психотропных препаратов, для системного лечения используются кортикостероиды и противогрибковые средства [34,37]. Учитывая их противопалительные эффекты, кортикостероиды используются в качестве варианта первой линии для лечения ЭХ. Показана высокая эффективность применения кортикостероидов для лечения таких больных [14,35,36,53,54]. Однако побочные эффекты, такие как гипертония, диабет или остеопороз, значительно ограничивают их применение. Установлена высокая эффективность применения сочетания стероидов и геля алоэ вера [21].

Противогрибковая терапия показана пациентам с вторичной грибковой инфекцией [43].

Терапия метотрексатом (7,5 мг/нед.) эффективна при отсутствии положительного эффекта в ответ на анксиолитическую терапию, значительно улучшает скейлинг и эритему. Считается, что метотрексат может использоваться как нестероидный терапевтический вариант лечения в случаях тяжелого ЭХ, возникшего на фоне импульсивного облизывания губ [29].

Появились данные об успешном лечении 32 больных ЭХ, рефрактерных к обычным методам терапии, с использованием иглокалывания и традиционной китайской медицины, основанной на принципах инь и янь, которая, по мнению авторов, активизирует селезенку и удаляет влагу [43].

Комплексное лечение больных хейлитом должно предусматривать меры по нормализации метаболизма с обязательным включением детоксикационной терапии. В качестве иммуномодулирующей и сорбционной терапии целесообразно применение препаратов водорослевого происхождения (альгинат калия, дополан) [7].

Для местного лечения ЭХ предлагаются многочисленные методы. Ассортимент лекарственных средств

довольно широк и включает антибактериальные и противогрибковые средства, кортикостероидные мази, солнцезащитные кремы и бальзамы, смягчающие средства, травяные продукты, мазь с 20% мочевиной, мази с такролимусом и салициловой кислотой, витамины, вазелиновые гели, минеральные масла и увлажняющие средства, а также физиотерапевтические методы [30,32,44,45,49,50,54].

При сухой форме рекомендуется смазывать красную кайму индифферентными кремами, гигиенической губной помадой, масляными растворами витаминов А, Е, группы В. При экссудативной применяют пограничные лучи Букки (200 R 2 раза в неделю) – 3-4 курса по 8-10 сеансов [2,7,9].

Менеджмент местного лечения направлен, в основном, на поддержание влажности губ, что обеспечивается за счет местного применения кортикостероидов от гидрокортизона до клобетазола в виде мазей. Имеются также сообщения об использовании мази такролимуса [16].

Показана высокая эффективность применения глицериновой буры и пероксида водорода (1%) при альтернативном лечении ЭХ. Имеются сведения, что проявления ЭХ у больного, существовавшие на губах более 7 лет и невосприимчивые к предыдущему лечению, успешно купировались через год после обработки поврежденных пероксидом водорода 1% и глицериновой бурой. Эти лекарства оказались одинаково эффективными и при лечении рефрактерных ЭХ. Сочетание препаратов характеризуется низкой стоимостью и отсутствием побочных эффектов при длительном лечении и последующем наблюдении [47].

Широко используются аппликации мази календулы 10%. Высокая клиническая эффективность 10% мази календулы установлена у пациентов, рефрактерных к лечению кремом триамцинолона и солнцезащитным кремом, крем календулы успешно купировал губные пятна в течение 15 дней [40]. Представлены результаты исследований, позволяющие рассматривать мазь календулы как альтернативу кортикоидной терапии при эксфолиативном хейлите, а также как потенциальную терапию при отшелушивании хейлита [27,37,41]. Аппликация «Траумель С» геля ускоряет эпителизацию и уменьшает выраженность болевого синдрома. Признаки эпителизации наблюдаются на третий день. Комплексное использование «Траумель С» с лидокаиновой блокадой по Н.Д. Брусениной позволяет достичь длительной ремиссии (до 36 мес. [15].

Для лечения ЭХ разработан бальзам для губ «Ла-Кри», оказывающий смягчающее, успокаивающее и увлажняющее действие, обладающий противовоспалительным и заживляющим эффектом. В состав бальзама входят экстракт солодки, бисабол, Д-пантенол, экстракт алоэ, алантоин, масло ши, касторовое, миндальное масла, витамины А и Е. Через неделю после начала лечения наблюдалась нормализация показателей микроциркуляции красной каймы губ: показатель сред-

ней Vvol составил $5,95 \pm 0,05$ мл/мин, что значительно отличается от данных контрольной группы: Vvol – $2,71 \pm 0,04$ мл/мин [18].

Применение местных ингибиторов кальцинейрина (такролимуса и пимекролимуса) и увлажняющих агентов для лечения ЭХ приводит к клиническому улучшению с полной или частичной ремиссией поражений как на верхней, так и на нижней губе. Тем не менее, авторы заявили, что трудно определить, обусловлен эффект лечения противовоспалительными или увлажняющими и смягчающими свойствами мази. Кроме того, высказано предположение, что примененные мази защищают область поражения от раздражителей [4,7,19,22].

Для лечения хейлитов у пациентов с зубочелюстными аномалиями разработана мазь, состоящая из масляного экстракта лекарственных растений в качестве активного вещества и пчелиного воска в качестве основы, обладающая выраженным антимикробным, ранозаживляющим и кератопластическим действием, а также способствующей сокращению сроков лечения [1].

На основании результатов клинических исследований установлено, что гомеопатический препарат Ирикар оказывает противовоспалительное действие за счет снижения активности ферментов циклооксигеназы и 5-липоксигеназы, нарушения синтеза арахидоновой кислоты, лейкотриенов, простагландинов, тромбксана, а также связывания свободных радикалов и более эффективен при местном симптоматическом лечении сухой формы эксфолиативного хейлита, чем использование стандартной методики лечения [3].

Для нормализации локальной гемодинамики и функционального состояния сосудистой системы губ на этапе восстановления у больных метеорологическим хейлитом, эксфолиативным хейлитом и рецидивирующими трещинами красной каймы губ рекомендуется проводить амплипульс-форез 2% раствора никотиновой кислоты, витаминотерапию (В1 и В12), гидромассаж, хвойно-жемчужные и сульфидные ванны, фонофорез 0,5% раствора гидрокортизона как часть общей этиотропной терапии [12].

Разработан оригинальный состав мази для включения в комплекс терапии заболеваний красной каймы губ, содержащей 15% водный раствор риванола, настоя тысячелистника, экстракт элеутерококка, 1% раствор хонсурида, 0,5% водный раствор левамизола, кло-тримазол, ципрофлоксацин, 10% линимент дибунула. Разработан оригинальный состав мази для включения в комплекс лечения заболеваний красной каймы губ, содержащий 15% водный раствор риванола, настоя тысячелистника, экстракт элеутерококка, 1% раствор хонсурида, 0,5% водный раствор левамизола, кло-тримазол, ципрофлоксацин, 10% линимент дибунула [5].

Общепринятой процедурой, направленной на удаление пораженных клеток из кожи губ и придания им эстетического вида, является лазерное лечение [16,24,38,43,46,48].

В последние годы доказана высокая эффективность эксимерного лазера, обеспечивающего очень специфическую длину волны 308 нм монохромного ультрафиолетового излучения в высокоинтенсивных коротких импульсах. Его основным преимуществом является точность, поскольку она непосредственно проникает в пораженную кожу, не затрагивая окружающую здоровую кожу, что обеспечивает преимущество перед узкополосной терапией UVB [38]. Эксимерная лазерная терапия способна воздействовать на хронические эксфолиативные процессы. Исследования показали, что механизм действия лазера вызывает истощение Т-клеток, воздействуя на ключевые медиаторы апоптоза и уменьшая скорость пролиферации кератиноцитов [24]. Это, в свою очередь, приводит к уменьшению воспаления и десквамации.

Эксфолиативный хейлит реагирует на эксимерный лазер аналогично псориазу, так как его патогенез обусловлен хронической десквамацией губ. Показана высокая клиническая эффективность эксимерного лазера у пациентов, устойчивых к стандартной противомикробной и противовоспалительной терапии. Клиническое улучшение достигается за счет снижения скорости кератинизации, возможно, с помощью тех же основных механизмов действия, влияющих на Т-клетки и апоптоз при псориазе [23].

Установлена высокая клиническая эффективность физиотерапевтического лечения при помощи лазерного стоматологического аппарата «Оптодан». Полупроводниковый излучатель аппарата генерирует лазерный свет в ближней инфракрасной области спектра с длиной волны 0,85-0,95 мкм, мощностью до 4 Вт, с частотой 0,8-2 кГц, обладает импульсным режимом генерации, имеет широкий спектр патогенетического лечебного действия (противовоспалительный, противоотечный, тромболитический эффекты), обеспечивает понижение проницаемости сосудов, нормализацию микроциркуляции, повышение парциального давления кислорода в тканях, оказывает бактерицидное и бактериостатическое действие, стимулирует общие и местные факторы иммунной защиты, что позволяет добиться полного купирования процесса, исчезновения чешуек и гиперемии [10].

Показана высокая эффективность лечения пациентов с эксфолиативным и glandулярным формами хейлита традиционным методом в комплексе с фотодинамической терапией [16,42]. Клинические данные о ранозаживляющем и обезболивающем действии, выраженных антимикробном и противогрибковом эффектах позволили рекомендовать в практику новый комбинированный препарат оригинального состава и целенаправленно применять его при различных формах хейлитов. Ранозаживляющая мазь содержит экстракты тысячелистника и элеутерококка, 1% раствор хонсурида, 0,5% водный раствор левамизола, клотримазол, ципрофлоксацин, 10% линимент дибунола [18].

На основании клинических исследований показана высокая эффективность комбинированной схемы лечения, включающая антисептическую обработку, аппликации мазью Траумель С, а также общеукрепляющую терапию (витамины группы В, А, Е, С в течение 3-4-х нед.); с коррекцией выявленных психопатологических нарушений и иммунокорригирующей терапией [11].

Заключение

Целенаправленный выбор индивидуальной фармакотерапии с учетом имеющейся патологии, тяжести и особенностей ее клинического течения, а также наличия у пациента сопутствующих заболеваний, позволил добиться определенных успехов в лечении эксфолиативного хейлита. Однако, несмотря на разнообразие предложенных средств и методов лечения, распространенность ЭХ, особенно у лиц молодого возраста, продолжает увеличиваться. При выборе фармакотерапии не рассматривается полиэтиологичность заболевания, а научные исследования посвящены в основном разработке и апробации средств и методов местного лечения. В связи с сохранением высокого процента рецидивов и появления более тяжелых «экссудативных» форм, поиск новых методов и средств лечения этого заболевания продолжается. Высокая частота рецидивов и локализация элементов поражения на области красной каймы губ обуславливают не только медицинскую, но и социально-психологическую значимость проблемы.

Список литературы

1. Аверьянов С.В., Кудашкина Н.В., Ромейко И.В. и др. Разработка, патогенетическое обоснование и оценка эффективности применения мази в комплексном лечении хейлитов у студентов // *Здоровье семьи – 21 век.* – 2015. – №1. – С. 6-9.
2. Анисимова И.И., Анисимова И.В., Недосеко В.Б. и др. Клиника, диагностика и лечение заболеваний слизистой оболочки рта и губ: Учеб. пособие. – Омск: ОмГМА, 2015. – 384 с.
3. Байрамукова М.Р., Гереев М.З. Гомеопатической лечение сухой формы эксфолиативного хейлита с применением препарата «Мрикар» // *19-я итоговая научная конференция молодых учёных с международным участием: Тез. докл.* – Ставрополь, 2011.
4. Гажва С.И., Дятел А.В., Надейкина О.С. Современные методы лечения заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ // *Науч. обозрение. Мед. науки.* – 2015. – №1. – С. 121-121.
5. Герасимова А.А. Оптимизация лечения и профилактики заболеваний слизистой оболочки рта рабочих, подвергающихся воздействию вредных факторов птицеводческого производства: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2017. – 22 с.
6. Григорьян А.А., Сирак С. В., Сирак А. Г., Ханова С. А. Разработка и клиническое применение нового ранозаживляющего средства для лечения заболе-

- ваний слизистой оболочки полости рта у детей и подростков // *Соврем. пробл. науки и образования*. – 2013. – №2. – С. 41.
7. Горбатова Л.Н. Физиологическая оценка состояния губ и ряда механизмов системной защиты при хейлите у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Архангельск, 2006. – 40 с.
 8. Дятел А.В. Повышение эффективности диагностики и лечения заболеваний красной каймы губ у пациентов с atopическим дерматитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Н. Новгород, 2015. – 22 с.
 9. Егоров М.А., Мухамеджанова Л.Р., Михеева Л.И. Гигиенический уход за губами как профилактика заболеваний красной каймы // *Профилактика стоматологических заболеваний и гигиена полости рта: Материалы 4-й Рос. науч.-практ. конф.* – Казань, 2011. – С. 54-57.
 10. Егоров М.А., Мухамеджанова Л.Р., Рувинская Г.Р. Опыт комплексного лечения пациента с эксфолиативным хейлитом и хронической трещиной губы // *Практ. медицина*. – 2009. – №1 (33). – С. 89-91.
 11. Зорян Е.В., Матавкина М.В. Применение комплексного гомеопатического препарата «Траумель с» при лечении хронической рецидивирующей трещины губы // *Рос. стом. журн.* – 2012. – №3. – С. 26.
 12. Киржинова Е.М. Гемодинамические и микробиологические аспекты терапии самостоятельных заболеваний красной каймы губ: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2015. – 21 с.
 13. Крихели Н.И. Заболевания губ: учебное пособие; Под ред. Н.И. Крихели. – М.: *Практ. медицина*, 2016. – 105 с.
 14. Кудашкина Н.В., Аверьянов С.В., Зубарева А.В., Исаков И.Р. Разработка мази для лечения хейлитов у студентов с зубочелюстными аномалиями // *Соврем. пробл. науки и образования*. – 2016. – №2. – С. 145.
 15. Матавкина М.В. Роль невrogenного фактора в развитии хронической рецидивирующей трещины губ // *Стоматология*. – 2012. – №3. – С. 76-79.
 16. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Умарова К.В., Денисова М.А. Современные возможности лечения хейлита // *Клин. стоматол.* – 2016. – №3. – С. 36-38.
 17. Рюмин Д.В., Баднина Е.И., Колесова А.Ю. Медикаментозная коррекция эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ // *Экспер. и клин. дерматокосметол.* – 2011. – №3. – С. 24-32.
 18. Сирак С.В., Сирак А.Г., Киржинова Е.М. Ранозаживляющая мазь. Патент РФ №2355411. 2009; Бюл. 14. – 8 с.
 19. Almazrooa S.A., Woo S.B., Mawardi H., Treister N. Characterization and management of exfoliative cheilitis: a single-center experience // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.* – 2013. – Vol. 116, №6. – P. e485-489.
 20. Ashton Acton. Stomatitis: New Insights for the Healthcare Professional. – 2013. – Edition: Scholarly Brief. Scholarly Editions.
 21. Bajpai M. Crusting of lips in a 13-year-old boy *Journal of Pakistan* // *Assoc. Dermatol.* – 2016. – Vol. 26, №3. – P. 283-284.
 22. Bergler-Czop B., Brzezińska-Wcislo L. The new therapy schema of the various kinds of acne based on the mucosa-skin side effects of the retinoids // *Cutan. Ocul. Toxicol.* – 2012. – Vol. 31, №3. – P. 188-194.
 23. Bhatia S.K., Goyal A., Kapur A. Habitual biting of oral mucosa: A conservative treatment approach // *Contemp. Clin. Dent.* – 2013. – Vol. 4, №3. – P. 386-389.
 24. Bhatia B.K., Bahr B.A., Murase J.E. Excimer laser therapy and narrowband ultraviolet B therapy for exfoliative cheilitis // *Int. J. Women's Dermatol.* – 2015. – Vol. 1, №2. – P. 95-98.
 25. Chi F.H., Li Z.Z., Huang Y.P., Chen Y.Y., Li C.H., Fan R.Q. Clinical and pharmacological experimental observation on self-made Shengji ointment for exfoliative cheilitis // *Zhong Guo Pi Fu Xing Bing Xue Za Zhi*. – 2009. – Vol. 23, №6. – P. 376-380.
 26. Connolly M., Kennedy C. Exfoliative cheilitis: successfully treated with topical tacrolimus // *Brit. J. Dermatol.* – 2014. – Vol. 151, №1. – P. 241-242.
 27. Denardi L.H., Lodi K.B., Almeida J.D. Topical *Calendula officinalis* L. successfully treated exfoliative cheilitis: a case report // *Cases J.* – 2009. – Vol. 2. – P. 9077.
 28. Diao Z.H., Gao Y., Wang J.C. Clinical observation of integrated Traditional Chinese Medicine and Western Medicine on 22 cases of chronic scaling cheilitis // *Hebei Zhong Yi Yao Xue Bao*. – 2012. – Vol. 27, №2. – P. 23-41.
 29. Gupta S., Pande S., Borkar M. Exfoliative cheilitis due to habitual lip biting and excellent response to methotrexate // *Home*. – 2012. – Vol. 2, №1.
 30. He R.G. Clinical observation of heparin sodium cream combined with corticosteroid cream in treating exfoliative cheilitis. // *Food Drug*. – 2005. – Vol. 7, №11. – P. 59-60.
 31. Hussain A. Exfoliative cheilitis // *Indian J. Dent. Adv.* – 2017. – Vol. 8, №1. – P. 56.
 32. James W.D., Berger T.G., Elston D.M., Andrews Diseases of the Skin. *Clinical Dermatology*. – Eleventh edition. – Elsevier Saunders, 2011. – 783 p.
 33. Janam P., Nayar, B.R., Mohan R., Suchitra A. Plasma cell gingivitis associated with cheilitis: A diagnostic dilemma! // *J. Indian Soc. Periodontol.* – 2012. – Vol. 16, №1. – P. 115-119.
 34. Karadag A., Kavala M., Demir F. et al. A case of hyperpigmentation and acanthosis nigricans by testosterone injections // *Hum. Exp. Toxicol.* – 2014. – Vol. 6. – P. 11921-11931.
 35. Leyland L., Field E.A. Case report: exfoliative cheilitis managed with antidepressant medication. // *Dent. Update*. – 2014. – Vol. 31, №9. – P. 524-526.

36. Li J.Y. Observation of the clinical curative effects on yellow-white licorice decoction in exfoliative cheilitis with syndrome of spleen deficiency and blood dryness, Chengdu Traditional Chinese Medicine University. – Chengdu, 2012. – P. 1-54.
37. Roveroni-Favaretto L.H., Denardi, Lodi K.B., Almeida J.D. Topical *Calendula officinalis* L. successfully treated exfoliative cheilitis: a case report // *Cases J.* – 2009. – Vol. 2. – P. 9077.
38. Mudigonda T., Dabade T.S., Feldman S.R. A review of targeted ultraviolet B phototherapy for psoriasis // *J. Amer. Acad. Dermatol.* – 2012. – Vol. 66, №4. – P. 664-672.
39. Nayaf M.S. Exfoliative Cheilitis a male patient – a case report // *Our Dermatol Online.* – 2015. – Vol. 6, №1. – P. 39-42.
40. Roveroni-Favaretto L.H., Lodi K.B., Almeida J.D. Topical *Calendula officinalis* L. successfully treated exfoliative cheilitis: a case report // *Cases J.* – 2009. – Vol. 2. – P. 9077.
41. Silva E.J.R., Goncalves E.S., Aguiar F. et al. Toxicological studies on hydroalcohol extract of *Calendula officinalis* L. // *Phytother. Res.* – 2007. – Vol. 21, №4. – P. 332-326.
42. Stender I.M., Wulf H.C. Photodynamic therapy with 5-aminolevulinic acid in the treatment of actinic cheilitis // *Brit. J. Dermatol.* – 2011. – Vol. 135, №3. – P. 454-456.
43. Sun Kai, Liu Lijuna. Treatment of exfoliative cheilitis with Traditional Chinese Medicine: a systematic review // *J. Trad. Chin. Med.* Vol. – 2017. – Vol. 37, №2. – P. 147-158.
44. Tang J., He J.H., Liu X.G., Yuan J.J. Clinical effect of Kangfuxin solution on exfoliative cheilitis // *Zhong Guo Xian Dai Yi Sheng.* – 2011. – Vol. 49 (20). – P. 148-149.
45. Tang R. Effect of nursing intervention on chronic desquamative cheilitis // *Quan Ke Hu Li.* – 2012. – Vol. 10 (33). – P. 3083.
46. Taniguchi S., Kono T. Exfoliative cheilitis: a case report and re-view of the literature // *Dermatology.* – 2012. – Vol. 63, №2. – P. 253-255.
47. Thongprasom K. Glycerin Borax Treatment of Exfoliative Cheilitis Induced by Sodium Lauryl Sulfate: a Case Report // *Acta Stomatol. Croat.* – 2016. – Vol. 50, №2. – P. 158-161.
48. Wang J.F., Li L.J., Yu R.P. Clinical observation of high-energy ultraviolet B irradiation for treatment of chronic exfoliative cheilitis // *Zhong Guo Mei Rong Yi Xue.* – 2013. – Vol. 22, №7. – P. 754-755.
49. Wang J.F. Experience of method of Wenzhong Jianpi on exfoliative cheilitis // *Zhong Guo Zhong Yi Yao Xian Dai Yuan Cheng Jiao Yu.* – 2011. – Vol. 9 (20). – P. 104.
50. Wei W.B., Lu L.Y., Tan C.N. Clinical observation of comprehensive therapy in the treatment of scaling cheilitis // *Ya Tai Chuan Tong Yi Yao.* – 2013. – Vol. 9, №3. – P. 134-135.
51. Xu Y.P., Li Z.L. Clinical observation of tacrolimus ointment in treating exfoliative cheilitis in 65 cases // *Zhong Guo Ma Feng Pi Fu Bing Za Zhi.* – 2010. – Vol. 26, №12. – P. 884-885.
52. Yang H., Xun Y.F., Jing L.H. Clinical effect of tacrolimus in the treatment of scaling cheilitis // *Zhong Guo Ma Feng Pi Fu Bing Za Zhi.* – 2010. – Vol. 26, №9. – P. 670.
53. Zhang X.H. Clinical observation of injection of dexamethasone and compound danshen on desquamative cheilitis // *Lin Chuang Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* – 2005. – Vol. 21, №9. – P. 570-571.
54. Zhao T.Y., Yu X.F., Xiao S.F. Clinical observation of combined Traditional Chinese Medicine, adapalene gel and dexamethasone acetate cream on exfoliative cheilitis // *Ji Lin Yi Xue.* – 2013. – Vol. 34 (31). – P. 6529-6530.

УДК: 616.31-02-084

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-8>

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ



**Нармахматов Б.Т.,
Жилонов А.А., Исаков Э.З.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

В ходе краткого обзора специальной литературы было оценено современное состояние профилактики стоматологической заболеваемости. Указаны причины высокой стоматологической заболеваемости населения, к числу которых относится как неудовлетворительная санитарная культура и невысокий уровень знаний населения по основам гигиены и профилактики, так и низкое качество профилактической работы. Подчеркнута важность организации примордиальной профилактики.

Ключевые слова: стоматологическая заболеваемость, гигиена, профилактическая работа, примордиальная профилактика.

Хулоса

Адабиётлар тахлили натижасида стоматологик касалликларнинг ҳозирги кундаги ҳолатига баҳо берилди. Стоматологик касалликларини келиб чиқиш сабаблари, шу жумладан аҳоли орасида санитар маданият ва билимнинг коникарсизлиги, шунингдек профилактика ишларининг

паст даражадалиги кўрсатилди. Примордиал профилактикани ташкил қилиш зарур деб топилди.

Annotation

A brief literature review was conducted, during which the current state of prevention of dental morbidity was identified and assessed. The reasons for the high dental morbidity among the population, including both poor sanitary culture and the level of public knowledge on the basics of hygiene and prevention, as well as poor quality of preventive work are indicated. The importance of organizing primordial prophylaxis was accented.

Профилактическая направленность, которая является основой здравоохранения, заключается в создании таких условий, в которых заболевание не смогло бы появиться или распространиться. При совершенствовании методов и средств профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта стоматологи на первое место всегда ставили общепрофилактические, общемедицинские принципы [2].

Интенсивность охвата населения болезнями стоматологического профиля столь велика, что профилактика этих заболеваний становится одной из наиболее проблем. Учёные и практикующие врачи, глубоко изучив этиологию и патогенез основных стоматологических заболеваний и подкрепив эти знания прочной научной базой, именно профилактику ставят во главу угла в своей работе. По данным ученых России, распространенность кариеса постоянных зубов у 12-летних школьников колеблется от 61 до 96%. Среди взрослого населения поражаемость зубов кариесом достигает 100%. В среднем у каждого пожилого человека в возрасте 65 лет и старше в полости рта остается 5-6 зубов. Мировой опыт убедительно показывает, что только целенаправленная эффективная профилактическая программа способна оказать существенное влияние на снижение уровня стоматологической заболеваемости.

Интенсивность поражения зубов кариесом отражает индекс КПУ. Чтобы оценить распространенность кариеса зубов в том или другом регионе или сравнить величину этого показателя в разных регионах, у 12-летних детей используют следующие оценочные критерии уровня распространенности: низкий уровень – 0-30%; средний – 31-80%; высокий – 81-100%. Индекс СРITN (показатель нуждаемости в лечении болезней пародонта) применяется в клинической практике для исследования и мониторинга состояния пародонта. Этот индекс регистрирует только те клинические признаки, которые могут подвергнуться обратному развитию (воспалительные изменения десны, о которых судят по кровоточивости, зубной камень), и не учитывает необратимые изменения (рецессию десны, подвижность зубов, потерю эпителиального прикрепления). СРITN «не говорит» об активности процесса и не может быть использован для планирования лечения.

Профилактику по рекомендациям ВОЗ принято трактовать как первичную, вторичную и третичную. Но существует и примордиальная профилактика т.е. совокупность мер, направленных на недопущение факторов риска возникновения заболеваний, связанных с неблагоприятными

условиями жизнедеятельности, окружающей и производственной среды, образа жизни. В стоматологической практике принято уделять внимание первичной профилактике, включающей меры социального, медицинского, гигиенического и воспитательного характера, которые направлены на устранение причин стоматологических заболеваний. А нам кажется, что главенствующее место в стоматологии должна занимать именно примордиальная профилактика. Задачи, которые призвана решать стоматологическая служба, с точки зрения профилактики следующие:

- 1) на любом уровне необходимо выяснять и оценивать эпидемиологическую обстановку;
- 2) распределять население по уровням здоровья;
- 3) выявлять и устранять факторы, способствующие появлению и распространению стоматологической патологии;
- 4) организовывать и проводить мероприятия, направленные на пропаганду здорового образа жизни в отношении субъектов стоматологии (находящихся в ротовой полости) и усиливать резистентность всех систем, включая полость рта, к стоматологической патологии;
- 5) оценивать эффективность проводимой профилактической работы.

По существующей нормативной базе любой практикующий стоматолог, обязан осуществлять первичные профилактические мероприятия в отведенный бюджет рабочего времени. Однако анализ практической деятельности стоматологов показывает, что они заняты в основном чисто лечебной работой. Отказ от проведения первичной профилактики, естественно, не позволяет снизить стоматологическую заболеваемость.

На современном уровне состояния здравоохранения немаловажным аспектом внедрения профилактики является ее финансирование. Каждый врач-стоматолог должен проникнуться идеей, что без той или иной формы финансирования (государственной, территориальной, договорной и т.д.) профилактическая работа обречена на провал.

Если рассматривать нозологические составляющие, на которые должна действовать профилактическая работа, то первое место занимает стоматологическое заболевание – кариес зубов. Он составляет до 90% охвата населения практически во всех территориях Республики Узбекистан. И это, несмотря на внедрение новых методов лечения, материалов, оборудования и технологий. Эксперты Всемирной организации здравоохранения считают, что снижение заболеваемости основными стоматологическими заболеваниями, включая кариес зубов, снижение распространенности и интенсивности поражения населения стоматологическими заболеваниями возможно только путём внедрения государственных программ их профилактики.

Методы профилактики в стоматологии включают [19] три направления: воздействие на макроорганизм с целью общего оздоровления пациента; противодействие патогенным влияниям в полости рта; усиление резистентности тканей органов полости рта к патогенным воздействиям. При этом используют три организационных подхода к профилактическим мероприятиям: коммунальные методы

– фторирование воды, молока, соли; групповые – в организованных группах детского населения; индивидуальные – работа с конкретным пациентом, учитывающая особенности его здоровья в целом и состояние зубочелюстной системы в частности.

Одним из таких подходов должны стать регионально ориентированные программы профилактики стоматологических заболеваний, разработанные с учетом уровня заболеваемости в регионе, структуры организации стоматологической помощи, экономики, финансирования регионов, наличия кадров, необходимости их подготовки. В регионах целесообразно внедрять методы профилактики в коммунальной сфере, такие как фторирование воды, молока, использование фторсодержащих зубных паст. Главным звеном этой работы должны стать созданные в регионах центры профилактики с подготовленными специалистами для организации, внедрения и мониторинга региональных программ профилактики стоматологических заболеваний.

Следствием нелеченого кариеса или некачественного его лечения в настоящее время является высокий уровень заболеваемости населения периодонтитом [2]. Это обусловлено, прежде всего, неполноценной санацией при лечении зубов по поводу осложненного кариеса [6].

Некоторые исследователи [6,8,10] указывают, что планирование стоматологической помощи в любых объемах, в том числе и мероприятий по первичной профилактике, должно быть построено на специфическом ситуационном анализе, полученном в результате сбора эпидемиологических данных, предшествовавших планированию.

По некоторым данным [10], увеличение числа больных с осложненными формами заболеваний челюстно-лицевой области (периодонтитами, периоститами, остеомиелитами челюстей и т.д.), является прямым следствием снижения качества профилактической работы.

Принципы профилактики заболеваний полости рта нашли отражение во многих работах [3,7,9]. Мировой опыт, исследования ученых убедительно доказали, что только целенаправленная эффективная профилактическая программа способна оказать существенное влияние на снижение уровня стоматологической заболеваемости.

В профилактике стоматологических заболеваний было выделено 5 основных этапов, каждый из которых имеет принципиальные особенности:

- 1) изучение экологических особенностей региона;
- 2) изучение демографических характеристик региона;
- 3) анализ эпидемиологической ситуации в регионе;
- 4) оценка мотивации отношения населения к профилактике и лечению патологии зубов и полости рта;
- 5) организация профилактики стоматологических заболеваний.

Профилактическая работа должна проводиться, прежде всего, среди организованных групп населения – в детских садах, школах. Необходимо создание специальных кабинетов (классов) в среднем на 15-20 человек, где может осуществляться работа по внедрению системы комплексной профилактики. Такие кабинеты профилактической работы целесообразно иметь в стоматологической поликлинике.

К сожалению, большинство населения не ориентировано на посещение стоматолога с профилактической целью. По некоторым данным [19], лишь 13,6% пациентов стоматологических поликлиник посещают стоматолога с целью профилактики.

Эпидемиологические исследования показывают, что индивидуальную гигиену полости рта регулярно осуществляют лишь 25-40% населения, причем большинство людей не владеют основными и необходимыми практическими навыками. В то же время установлена прямая зависимость между распространенностью кариеса зубов, болезней пародонта и качеством индивидуального ухода за полостью рта. В связи с этим возрастает роль профессионально контролируемой гигиены полости рта [4,8,10], которой в последнее время уделяется большое внимание [5].

В числе причин высокой стоматологической заболеваемости населения [3,9] называют неудовлетворительную санитарную культуру и уровень знаний населения по основам гигиены и профилактики; низкий уровень индивидуальной ответственности населения за состояние стоматологического здоровья.

Анализ ряда зарубежных источников [11,13,14,16,18] также подтверждает, что заболеваемость кариесом населения стран Западной Европы и США остается весьма актуальной проблемой. Кариесом зубов страдают более 99% населения этих стран [12,15,17,19,20]. Острота проблемы, несмотря на эффективность программ профилактики, сохраняется в прошлом, так и в настоящем столетии.

Выводы

Распространенность кариеса постоянных зубов у 12-летних школьников колеблется от 61 до 96%, а среди взрослого населения поражаемость зубов кариесом достигает 100%, у каждого пожилого человека в группе 65 лет и старше в полости рта в среднем остается 5-6 зубов.

Главенствующее место в стоматологии должна занимать именно примордиальная профилактика, т. е. совокупность мер, направленных на недопущение факторов риска возникновения заболеваний.

Увеличение числа больных с осложненными формами заболеваний челюстно-лицевой области (периодонтитами, периоститами, остеомиелитами челюстей и т.д.), является прямым следствием снижения качества профилактической работы.

Большинство населения не ориентированы на посещение стоматолога с профилактической целью, по некоторым данным, лишь 13,6% пациентов стоматологических поликлиник посещают стоматолога с целью профилактики.

Индивидуальную гигиену полости рта регулярно осуществляют лишь 25-40% населения, причем большинство людей не владеют основными и необходимыми практическими навыками.

В числе причин высокой стоматологической заболеваемости населения являются неудовлетворительная санитарная культура и уровень знаний населения по основам

гигиены и профилактики; низкий уровень индивидуальной ответственности населения за состояние стоматологического здоровья.

Список литературы

1. Зиновьева Е.Н. Автономные учреждения в стоматологии: первый опыт, первые итоги // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2011. – №3. – С. 53-55.
2. Кицұл И.С., Пивень Д.В., Даценко С.О. Современные правовые механизмы совершенствования деятельности стоматологической службы // Менеджер здравоохранения. – 2010. – №2. – С. 30-35.
3. Кубрушко Т.В., Петраш Д.А. К вопросу о модернизации государственного управления и финансирования стоматологической службы в России, // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2011. – №1 (33). – С. 20-25.
4. Кулаков А.А., Аврамова О.Г., Колесник А.Г. Современные возможности реализации профилактического направления стоматологии в России // Казанский мед. журн. – 2011. – №5. – С. 735-737.
5. Курбанов О.Р. и др. Совершенствование механизмов организации и управления стоматологической организацией в рыночной экономике // Вестн. новых мед. технологий. – 2011. – Т. 18, №4. – С. 260-261.
6. Леонтьев В.К., Константинович Л.В. Модели стоматологической помощи населению в условиях рынка // Современ. стоматол. – 2010. – №1. – С. 7-9.
7. Матвеев Р.С., Герасимова Л.И., Викторов В.Н. Оценка социально-экономической эффективности модернизации стоматологической службы на муниципальном уровне // Современ. пробл. науки и образования. – 2012. – №5. (Электронный журнал)
8. О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2010 году: Государственный доклад. – Москва, 2011. – С. 42.
9. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: Учебник. – В 2 т.; Под ред. В.З. Кучеренко – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т. 1. – 688 с. – Т. 2. – 160 с.
10. Сафонова М.Ю. Необходимость внедрения экономических инноваций в деятельность лечебно-профилактических учреждений (на примере стоматологической службы) // Соц. аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 17, №1. – С. 18.
11. Advancing oral health in America. – Washington: National Academies Press, 2011. – 248 p.
12. Aggarwal A. et al. Dental students' motivations and perceptions of dental professional career in India // J. Dent. Ed. – 2012. – Vol. 76, №11. – P. 1532-1539.
13. Bird D.L., Robinson D.S. Torres and Ehrlich modern dental assisting. – 9-th ed. – St. Louis, Mo.: Saunders Elsevier, 2009. – 1109 p.
14. Bonehill J.A. Managing health and safety in the dental practice: a practical guide. – Chichester: West Sussex: Blackwell Pub., 2010. – 264 p.
15. Chattopadhyay A. Oral health disparities in the United States // Dent. Clin. North Amer. – 2008. – Vol. 52, №2. – P. 297-318.
16. Clinical problem solving in dentistry; Ed. E.W. Odell. – 3-rd ed. – Edinburgh; N. Y.: Churchill Livingstone (Clinical problem solving in dentistry series), 2010. – 324 p.
17. Edelstein B.L., Chinn C.H. Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children // Acad. Pediatr. – 2009. – Vol. 9, №6. – P. 415-419.
18. Holmes R.D. et al. Commissioning NHS dentistry in England: Issues for decision-makers managing the new contract with finite resources // Health Policy. – 2009. – Vol. 91, №1. – P. 79-88.
19. Keating E.G. et al. Air Force physician and dentist multiyear special pay: current status and potential reforms. – Santa Monica: RAND Project Air Force, 2009. – 122 p.
20. Roseanna G. et al. Advancing the educational training of dental educators: review of a model program // J. Dent. Education. – 2012. – Vol. 76, №3. – P. 303-310.

УДК 616.314-089.23-007-053.2-039

БОЛАЛАРДА ТИШ-ЖАҒ ТИЗИМИ НУҚСОНЛАРИ ВА СОМАТИК КАСАЛЛИКЛАР ОРАСИДА БОҒЛИҚЛИКНИНГ ИЛМИЙ АСОСЛАРИ (адабиётлар шарҳи)



Олимов С.Ш., Гаффаров С.А.

Тошкент врачлар малакасини ошириш институти

Хулоса

Мактаб ёшидаги болаларнинг стоматологик нуқсонлар тизимида асосий ўринлардан бирини тиш-жағ анамалликлари эгаллайди. Бундай касалликлар инсон ҳаёти тарзига ўз таъсирини сезиларли кўрсатади. Муалифлар маҳаллий ва хорижий адабиётлар маълумотлари изланишлари асосида соматик патология ва тиш-жағ нуқсонлари орасидаги ўзаро боғлиқлик борлигини аниқлашган.

Мавжуд адабиётлар томонидан олинган маълумотлар ҳар хил бўлиб, бу текширилган гуруҳларнинг ижтимоий-иқтисодий, ҳудудий ва келиб чиқиши фарқи билан боғлиқдир. Болалар ва ўсмирлар орасида умумий касалликлар билан тиш, юз-жағ тизимидаги маҳаллий бузилишларнинг ўзоро боғлиқлиги, юз-жағ анамалия ва деформацияларини тизимлашга ва ижтимоий аҳамиятга эга бўлган полиорган касалликлар деб баҳолашга асос бўлади. Муаллифлар куйидаги фикрга келадиларки, башоратловчи дастурлар орқали, автоматик скрининг тизимини қўллаш билан ёш болалар қатламига мўлжалланган ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни ташкил этувчи профилактик дастурлар ишлаб чиқиш муҳим аҳамиятга эгадир.

Аннотация

В структуре стоматологической патологии детей школьного возраста одно из ведущих мест занимают зубочелюстные аномалии. Данные заболевания существенно влияют на качество жизни. Авторами проведен информационный поиск взаимосвязи соматической патологии и зубочелюстных аномалий по данным отечественной и зарубежной литературы. Представленная в доступной литературе информация оказалась достаточно вариабельной, что связано с социально-экономическими, региональными и популяционными различиями обследованных групп. Взаимосвязь локальных нарушений в челюстно-лицевой области у детей и подростков с общими заболеваниями позволяет систематизировать зубочелюстные аномалии и деформации как полиорганную, социально значимую патологию. Авторы приходят к выводу, что необходимо разрабатывать прогностические программы, основанные на применении автоматизированных скрининговых систем, как важный профилактический этап организации специализированной медицинской помощи детскому населению.

Annotation

In the dental pathology structure of school-age children one of the leading places is taken by dentoalveolar anomalies. These diseases significantly effect on quality of life. An informational search for the relationship of somatic pathology and dentoalveolar anomalies according to domestic and foreign literature data is conducted by authors. Presented Information in accessible literature was quite variable due to socio economic, regional and population distinctions of surveyed groups. Interrelation of local disorders in maxillofacial area at children and teenagers with general diseases allows systematizing dentoalveolar anomalies and deformations as multiorgan, socially significant pathology. Authors come to conclusion that it is necessary to develop forecast programs based on application of automated screening systems, as important preventive phase of an organization of specialized medical care for children's population.

Хозирги кунда оғиз бўшлиғидаги стоматологик касалликлар инсон танасининг бошқа аъзоларидаги касалликларга нисбаттан кўп кузатилиши билан бир қаторда, дунё мамлакатлари аҳолисига тиббий хизмат кўрсатишнинг стоматологик тури оммавийлиги билан аҳамиятлидир. Аҳоли орасида стоматологик ёрдам тиббий-ижтимоий тоифаланиш бўйича мустақил равишда фаолият кўрсатмоқда. Болалар ва ўсмирларда стоматологик касалланиш даражаси ва ўз вақтида сифатли стоматологик ёрдам кўрсатилиши, шахс ҳаётида кейинги даврдаги саломатлигини белгилайди, шунинг учун болаларда стоматологик нуқсонларни структураси ва тарқалиш даражаси мутахассислар диққат марказида [17,20,29]. Шунингдек, баъзи мутахассислар фикрича болалардаги стоматологик касалланиш даражаси минтака аҳолиси ижтимоий-иқтисодий даражасини, жумладан фаровонлигини белгиловчи омилдир [25].

Тиш-жағ тизими аномалия ва деформациялари мактаб ёшдаги болаларда кенг тарқалган нуқсонлар бўлиб, патологик ҳолатни ташхислаш ва эрта даволаш ортодонт стоматолог учун муҳим вазифадир, чунки патологик ҳолат боланинг чайнаш фаолиятига салбий таъсир қилади, нутқ бузилиши, эстетик нуқсонларни юзага келтиради ва натижада болалар умумий саломатликлари ва ижтимоий мослашиш жараёнларига ёмон оқибатли таъсирини кўрсатади, келажакда касб танлаши имкониятларини чегараланишига сабаб бўлади [6].

Сўнгги 15 йилда чоп этилган адабиётларни таҳлил қилар эканмиз, олиб борилган эпидемиологик тадқиқотлар болалар ва ўсмирлар ўртасида тиш-жағ тизими нуқсонларини (ТЖН) тарқалиш даражасини турғунлигини кўрсатишган ва турли ёш гуруҳларида турлича учрашини; жумладан 4-5 ёшдаги болаларда ТЖН ўртача 36,2% ни ташкил қилишини такидлаган [1].

Бошқа бир муаллиф 4-5 ёшдаги болаларда ТЖН кузатилган болалар орасида кариес тарқалганлиги назорат гуруздан беш баравар кўп яъни ўртача -64,6% гача учрашини такидлаган [7].

Ўрганилган адабиётлардаги маълумотлар ТЖН учраши, этиологияси, даволаш, профилактикаси ва реабилитациясига қаратилган кенг қамровли илмий текширишлар муаммони етарли ўрганилмаганини кўрсатмоқда, жумладан болаларда ТЖН аҳолининг ижтимоий-иқтисодий, ҳудудий, миллий ҳамда экологик муҳитларига боғлиқлигининг ўрни борлиги ҳам такидланган. Бизларга маълумки юз-жағ тизимининг морфо-функционал ўзгаришларининг асосий қисми генетик, биологик ва ижтимоий, ҳудудий детерминаторларга боғлиқ. Айни вақтда муаллифлар В.В.Яркина (2006) тиш қаторлари аномалиялари 22,0% дан 56,0%, тиш қаторларидаги шакл узгаришлари 12,0-32,0%, дистал окклюзия 30,0-56,0%, мезиал окклюзия 2,5-7,8%, чуқур окклюзия 3,0-5,0% гача кузатилишини; Бошқа муаллиф [14] турли гуруҳдаги болаларда турли аъзо ва тизим касалликлари юз-жағ соҳасининг деформацияларига сабаб бўлиши ва унинг оқибатларини; яна бир муаллиф А.В.Алимский (2008) туғма аномалияларда бирламчи адентия ва до-

имий тишларнинг ретенцияли ўсишига мойиллигини ҳам детерминаторларга ва ижтимоий муҳитга боғлиқлигини кўрсатиб бериши; бошқа бир гуруҳ олимлар [12,15] болалар орасидаги стоматологик соғломлик ҳолати шаклланишида ёки кенг баҳолашимизда маҳаллий ва умумий боғлиқлик концепциясини таклиф қилишлари фикримизнинг яққол далилидир.

Муаллифнинг такидлашича, болалар орасидаги коникарсиз стоматологик ҳолат умумий касалликларни келиб чиқиши ва сурункали ҳолатга ўтиши учун хавф омиллини шакллантиради, айтилиши вақтда иккинчи томондан юз-жағ тизими ҳолати тананинг умумий соматик кўринишини баҳоловчи саломатлик индикатори бўлиб хизмат қилади [2].

Юқорида келтирилган муаллифларнинг фикрлари инсон организми тузилиши ва фаолиятининг яхлит эканлиги туғрисидаги тасоввурларни яна бир бор тўлиқ тасдиқлайди ҳамда морфостоматологик ва умумий соматик саломатлик боғлиқлигини эмбрионал тараққиёт даврида калла суягининг юз қисми, тери ва унинг ҳосилалари, таянч-аппарат тизими, юрак клапан ва томирлар бир пайтда ривожланишидан далолат беради. Шунингдек бошқа бир олимнинг изланишлари [21], юз-жағ тизимидаги морфофункционал ўзгаришлар ҳамма вақт тана ва аъзоларнинг сурункали симптомлар мажмуи кўринишида намоён бўлади ва ушбу ҳолатга Dental Distress Syndrome деб тариф беради.

Текширишларда электрокардиограмма, электромиография ва ЭДГ натижалари орасидаги корелацион боғлиқлик таҳлиллари тиш-жағ тизими функционал ҳолати ҳамда вегетатив асаб тизими, юрак қон-томир ва нафас тизими орасида тизимлар аро интеграция борлигини асослайди [4].

Қатор муаллифлар ТЖН учраши эҳтимолининг 1,6-2,3 мартага ошиши таянч-ҳаракат тизимидаги салбий ўзгаришларга, суяк ва бириктирувчи тўқималарнинг диспластик зарарланишига олиб келади [3,9,11,23]. Шунингдек ТЖН бор болаларда жуда ҳам кўп ҳолатларда (90,0% гача) аллергологик нуксонлар кузатилади [13]. Аксинча, сурункали гастродуоденит, қандли диабет, вегетатив қон-томир дистонияси ва сурункали бронхити бор болаларнинг кўпчилигида ТЖН борлиги аниқланган Олимлар томонидан ўрганилганда, болалар орасида ортодонтик патология кузатилиши 62,5% ҳолатда эндокрин касалликлари билан оғриганлар, 44,0% ҳолатда вегетатив қон-томир дистонияси бор болаларда кузатилган [1,16,26,24].

Муаллиф тиш-жағ тизими шаклланишида тироксин моддасининг аҳамиятини ўрганиб, ушбу гармон қозиксимон-энса синхондрози, бурун тоғайи, юқори жағни ўсув соҳаси суяк бойламлари ўсишига таъсирини баҳолайди [27]. Айтилиши гармон моддасини ишлаб чиқарувчи гипофиз етишмовчилигида юз-жағ тизими деформацияси, доимий тиш шакллари бузилиши, тиш ва жағ ўсиши ва шаклланишининг секинлашуви ҳамда чуқур тишлов юзага келишини аниқлаган [24].

Жинсий гармонлардаги микдорий ўзгаришдаги патологик ҳолат пастки жағнинг сагитал ўсиши ва архитектоникасининг бузилишида, калла суяги юз қисмининг диспропорциясига сабаб бўлиши кўрсатилган [22]. Шунингдек гипогонадизм касаллигида юз скелетининг деформацияси, тишлов анамалаяси ва чакка пастки жағ бўғим тизимида ўзгаришларга сабаб бўлган. Гипогонадизм кузатиладиган 122 та b-талассемия касаллиги билан касалланган беморлар текширилганда, калла суяги юз қисмининг диспропорционал ўсиши кузатилган. [28]. Бошқа ҳолатда семириш касаллиги бор болалар кранеофациал морфологияси ўрганилган, унда пастки жағ узунлигининг катталашганлиги, жағ прогнатияси ва юзнинг олдинги қисми баландлигини камайиши кузатилган.[19].

Шундай қилиб, болалар ва ўсмирлар орасида умумий касалликлар билан тиш юз-жағ тизимидаги маҳаллий бузилишларнинг ўзоро боғлиқлиги, юз-жағ анамалая ва деформацияларини тизимлашга ва ижтимоий аҳамиятга эга бўлган полиорган касалликлар деб баҳолашга асос бўлади.

Шу ўринда, тиш-жағ тизими анамалая ва деформацияларини ташхислаш, даволаш ва профилактикасини режалаштирганда, боланинг шаклланаётган организми ривожланиш даражасида кўриб чиқиб, бутун тана ва аъзоларнинг тузилиши, фаолиятини бир бирига боғлиқлиги иноватга олиниши шарт эканлиги таҳлил қилган адабиётлар натижасида хулосаланади.

Аномалияларни эрта аниқлашда, тишларнинг алмашилини ва тиш муртакларининг жойлашилини ўзига ҳослигини рентгенологик усулда аниқлашни иноватга олиб, олдиндан беморни текшириш учун диагностик моделлар олишни, рационал даволаш усуллари ишлаб чиқиб амалда тадбиқ этишни таклиф қилишади. [5,18].

Юқорида келтирилган илмий нашр этилган муаллифларнинг фикрларини таҳлил қилишимиз жараёнида ўз фикримизни жамлар эканмиз; демек болани эмбрионал даврдан бошлаб мутахасис томонидан назорат қилиниши, туғилгандан кейин ўсиш даврида турли ташқи ва ички зарарли омиллардан ҳимоялаш, жумладан қатор соматик касалликлар кузатилганда юз-жағ тизими ўсиши ва шаклланишида қўлланиладиган профилактик-даво усуллари индивидуал амалга ошириш, замонавий ташхислаш, башоратлаш, скрининг усуллардан кенг ва самарали фойдаланишни талаб этади. Адабиётларда ўрганилган муаммоларнинг ҳозирги кун талаби юзасидан янгича башоратлаш ҳамда профилактика ишларини қўллаш учун янгиликларни излаб топиш ва яратиш долзарб муаммо эканлиги кузатилмоқда. Демак ушбу йўналишда қатор илмий-амалий ишларга эҳтиёж туғилмоқда.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Беляков Ю.А. *Зубочелюстная система при эндокринных заболеваниях* /Ю.А. Беляков. – М.: Медицина, 1983. – 208 с.

2. Бриль Е.А. Профилактика негативных изменений в тканях полости рта у детей с зубочелюстными аномалиями и деформациями путем выявления периодов иммунологического напряжения и их иммунорекции на этапах ортодонтического лечения: автореф. дис. докт. мед. наук : 14.00.21 /Е.А.Бриль. – Омск, 2009. – 30 с.
3. Бурмак Ю.Г. Особенности показателей количественного морфометрического анализа рентгенограмм у подростков с синдромом дисплазии соединительной ткани /Ю.Г. Бурмак, В.И. Лузин //Український морфологічний альманах. – 2007. –Т. 5. –№ 2. – С. 93.
4. Взаимосвязь функционального состояния зубочелюстной и вегетативной нервной систем / О.Г. Бугровецкая [и др.] //Мануальная терапия. – 2010. – № 2 (38) . – С. 18–23.
5. Ефимова Е.Ю. Обоснование метода оценки пространственного расположения зубочелюстных сегментов по гнатическим моделям челюстей в клинике ортодонтии: автореф. дис. ... канд. мед. наук /Е.Ю.Ефимова. – Волгоград, 2008. – 23 с.
6. Ишмуратова А.Ф. Первичная частичная адентия (эпидемиология, клинические и организационно-управленческие аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.14 /А.Ф.Ишмуратова. – Казань, 2013. – 28 с.
7. Лазарева Н.А. Обоснование комплексной профилактики зубочелюстных аномалий и деформаций в раннем детском возрасте в условиях Забайкалья /Н.А. Лазарева // Основные научные работы кафедры стоматологии детского возраста. –Омск, 2000. –С.301–312.
8. Нарушение жевательной функции у пациентов с односторонней перекрестной окклюзией: важность раннего лечения /М.А. Piancino [и др.] //Ортодонтия. – 2011. – № 4. – С. 31–36.
9. Нарушение роста и развития зубочелюстной системы у детей с ювенильным ревматоидным артритом /А.А. Мамедов [и др.] // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2009. – № 4. – С. 31–35.
10. Онтогенетическая оценка общих механизмов устойчивости организма к патологии зубочелюстной системы /А.В.Брагин [и др.] // Российский стоматологический журнал. –2008. –№ 5. –С. 23–26.
11. Патогенез нарушений функциональной окклюзии при дисплазии соединительной ткани: морфология, клиника и лечение /И.А.Куприянов [и др.] //Вестник новых медицинских технологий. – 2005. –Т.12, №3-4. –С.60–63.
12. Профилактика зубочелюстных аномалий как условие сохранения здоровья нации /Р.А.Фадеев [и др.] //Институт стоматологии. –2007. –№ 3. –С. 26–27.
13. Результаты проведения программы профилактики стоматологических заболеваний в группах детей с аллергической патологией /О.И.Адмакин [и др.] //Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 5. – С. 12.
14. Русакова Е.Ю. Стоматологический статус у детей при различных соматических заболеваниях /Е.Ю.Русакова, С.И.Бессонова, А.А.Бевз //Российский стоматологический журнал. – 2008. – № 5. –С. 47–49.
15. Саакян Т.Ш. Обоснование профилактики стоматологических заболеваний у детей в период полового созревания: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.21 / Т.Ш. Саакян. – М., 2009. – 21 с.
16. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия – М.: Мед. инф. агентство, 2006. – 541 с.
17. Чебакова Т.И. Анализ оказания стоматологической помощи школьникам Левобережья города Новосибирска за последние 45 лет /Т.И.Чебакова, В.Ю.Серова, И.Н. Чебаков, И.Н.Брега //Стоматология детского возраста и профилактика. – 2011. – № 1. – С. 49–52.
18. Якупова В.Т. Обоснование методов определения размеров зубных дуг у детей в возрасте 7–14 лет по морфометрическим параметрам челюстно-лицевой области: автореф. дис. ... канд. мед. наук /В.Т.Якупова. – Волгоград, 2008. – 23 с.
19. Craniofacial morphology in obese adolescents /K. Ohrn [et al.] //Acta Odontol Scand. –2002. –Vol. 60, № 4. –P.193–197.
20. Eaton K.A. Primary Dental Care: past, present and future /K.A.Eaton //Primary Dental Care. – 2012. –Vol.19, № 3. –P.99–101.
21. Fonder A.C. The dental distress syndrome (DDS) / A.C. Fonder. –Medical-Dental Arts. –1990. –210. –P.40.
22. Influence of sex hormone disturbances on the internal structure of the mandible in newborn mice / T. Fujita [et al.] //Eur. J. Orthod. – 2006. – Vol. 28, № 2. – P. 190–194.
23. Juvenile idiopathic arthritis (JIA): a screening study to measure class II skeletal pattern, TMJ PDS and use of systemic corticosteroids / A. Micky [et al.] // J. Orthod. – 2010. – Vol. 37. – P. 6–15.
24. Oral manifestation associated with multiple pituitary hormone deficiency and ectopic neurohypophysis / T. Scaramucci [et al.] // J. Clin. Pediatr. Dent. – 2011. – Vol. 35, № 4. – P. 409–413.
25. Overview and quality assurance for the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) oral health component, 1999-2002 / B.A. Dye [et al.] // Community Dent. Oral Epidemiol. – 2007. – Vol. 35, № 2. – P. 140–151.
26. Patney A. Kocher Debre Semelaigne syndrome and associated orofacial aspects: report of a case / A. Patney, K.M. Pai, A.A. Sholapurkar // J. Oral Sci. – 2011. – Vol. 53, № 1. – P. 29–32.
27. Petrovic, A. Mechanism of craniofacial growth and modus operandi of functional appliances: a cell-level and cybernetic approach to orthodontic decision making / A. Petrovic, J. Stutzmann, J. Lavergne // Carlson, D.S. Craniofacial Growth Theory and Orthodontic Treatment. Vol. 23. Craniofacial Growth Series / D.S. Carlson. – Ann Arbor : Center for Human Growth and Development; University of Michigan, 1990. — P. 13–74.
28. Relation between hypogonadism and malocclusion in beta-thalassemia major patients: analysis of 122 subjects / V. Piras [et al.] // Minerva Stomatol. – 2003. – Vol. 52, № 5. – P. 241–246.

29. Roberts M.W. Dental health of children: where we are today and remaining challenges / M.W. Roberts // J. Clin. Pediatr. Dent. – 2008. – Vol. 32, № 3. – P. 231–234.

УДК: 616.858-008.6-073.757.7-07-085
http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-10

ПАРКИНСОНИЗМ: ТАСНИФИ, КЛИНИКАСИ ВА МЕДИКАМЕНТОЗ ДАВОЛАШ АСОСЛАРИ



**Ризаев Ж.А., Раимова М.М.,
Бобоев Қ.К., Абдуллаева М.Б.**

Тошкент давлат стоматология институти

Хулоса

Мақолада паркинсонизмнинг замонавий таснифи, асосий ва қўшимча клиник белгилари келтирилган. Паркинсонизмнинг турли хил шаклларининг этиопатогенетик жihatлари ва клиник белгилари, даволашда қўлланиладиган дори гуруҳлари кўриб чиқилган.

Калит сўзлар: Паркинсонизм, Паркинсон касаллиги, дофамин

Аннотация

Освещены ключевые вопросы современной классификации, основных и дополнительных клинических признаков паркинсонизма, приведены этиопатогенетические аспекты и клинические признаки различных форм паркинсонизма, рассмотрены группы препаратов, используемых в лечении данного заболевания.

Ключевые слова: паркинсонизм, болезнь Паркинсона, дофамин.

Annotation

The article discusses the main issues of modern classification, the main and additional clinical signs of parkinsonism, presents the etiopathogenetic aspects and clinical signs of various forms of parkinsonism, discusses groups of drugs used in the treatment of parkinsonism.

Keywords: Parkinsonism, Parkinson's disease, dopamine

Паркинсонизм полиэтиологик табиатга эга бўлган клиник синдром ҳисобланиб, гипокинезия, титрок, ригидлик ва постурал нотурғунлик билан характерланади

[3,5,7]. Паркинсонизм келиб чиқиши бош мия специфик локал тузилмаларининг зарарланиши билан боғлиқ, бу механизм асосида нигростриар тизим дофаминергик нейронларининг дегенерацияси ётади ва дофамин медиатори дефицитига олиб келади. Бу медиатор мия пўстлоқ ости соҳасида ҳаракат фаоллиги шаклланишида муҳим вазифа бажаради. Бу биокимёвий дефект холинергик тизим фаоллашуви, норадренергик ва серотонинергик тизимларнинг пасайиши билан кечади [8,16,18].

Замонавий тамойилларга кўра паркинсонизм учта гуруҳга бўлинади [7]:

1. Бирламчи (идиопатик) паркинсонизм – Паркинсон касаллиги ва наслий аутосом-рецессив ювенил паркинсонизм шакллари ўз ичига олади. Ушбу гуруҳ барча паркинсонизмни 70-80 % ни ташкил қилади.

2. Иккиламчи (симптоматик) паркинсонизм церебрал жароҳатланиш асорати билан боғлиқ (кон-томирлар жароҳатланиши натижасида, дорилар таъсирида, посттравматик, токсик, постэнцефалитик, бош мия ўсмаларидаги паркинсонизм). Иккиламчи паркинсонизмни учраши 10-15% ни ташкил қилади.

3. Марказий асаб тизимини мультитизим жароҳатланиши натижасидаги паркинсонизм (учламчи паркинсонизм ёки «паркинсонизм плус»). Бу гуруҳга паркинсонизм билан бирга бошқа неврологик бузилишлар-мияча, экстрапирамидал, пирамидал, вегетатив каби бузилишлар билан кечадиган куйидаги нейродегенератив касалликлар киради:

- Ядро усти офтальмоплегияси (Стил – Ричардсон – Ольшевский синдроми);
- Мультитизим атрофия;
- Шай – Дрейтжер синдроми;
- оливопонтocerebellar дегенерация;
- стриониграл дегенерация;
- Паркинсон деменцияси (Гуам синдроми);
- кортикобазал дегенерация;
- Альцгеймер касаллигидаги паркинсонизм.

Паркинсонизмни клиник асосини тўртта белгилар мажмуаси ташкил қилади.

1. Акинезия (гипокинезия) ҳаракат пасайиши намоён бўлиб, меъёрий тезликка эга ҳаракат давом этади. Брадикинезия (ҳаракат илдамлигини камайиши) ёки олигокинезия (ҳаракат сонини камайиши) кузатилади. Юзда мимика камайиб ниқобсимон юз ёки гипомимия пайдо бўлади.

2. Титрок (тремор) стереотипик, ритмик ва статик характерга эга (тинч ҳолатда кучаяди, фаол ҳаракат пайтида камаяди). Қўпроқ қўл ва оёқларнинг дистал қисмларида, пастки жағда кузатилади. Касаллик бошланишида тремор фақат хаяжонланганда ёки озгина жисмоний зўриқиш пайтида (қошиқ ёки пиёла ушлаганда) намоён бўлади. Ривожланган босқичларида эса титрок «танга санаш» кўринишида кузатилади.

3. Пластик ригидлик – мушаклар тонуси ошиши билан характерланади ва уларни пассив тортилиши намоён бўлиб, «тишли гилдирак» белгиси келиб чиқади. Паркинсонизм бошланишида ригидлик фақат пронатор ва супинатор кафт мушакларида кулларида кузатилади.

4. Постурал нотургунлик – постурал рефлекслар тананинг вертикал ҳолатини ва ҳаракат мувозанатини таъминлайди. Уларнинг ҳолсизланиши ёки йўқолиши тана ҳолати ўзгарганда ёки ҳаракат пайтида мувозанатни бузилишига, гипокинезия билан ригидлик комбинацияси эса юришни қийинлашишига ва беморни йиқилишига олиб келади. Бемор ҳаракатни бошламоқчи бўлганда ёки ўз ҳаракати йўналишини ўзгартирганда танасини анча олдинга энгаштиради ва унинг бу ҳолати атрофдагиларга бир жойда депсилиб тургандай кўринади. Беморга салгина туртки берилса олдинга майда қадамлар билан югуриб кетади (пропульсия), кўп ҳолларда йиқилиш билан тугайди.

Паркинсонизмнинг бошқа муҳим симптомларига қуйидагилар киради:

- вазият бузилиши – классик вазият, манекен вазияти;
- юриш ўзгариши – бради- ёки микробазия кўринишида;
- старт-рефлекс пасайиши, ҳаракат бошланишида турган жойда ҳаракат қилиш ва қўллар ҳамроҳ ҳаракатларини йўқолиши-ахейрокинез.
- нутқ бузилиши – монотон нутқ, брадилалия ёки тахифазия (баъзи бўғинларни тўсатдан қисқариши). Айрим ҳолларда треморга ўхшаб нутқ кузатилади;
- хид билиш бузилишлари – гипосмия ёки аносмия [1,17,19]
- хуснихат ўзгариши – микрография;
- касалликни кечки босқичларида постурал нотургунлик. Беморларда про-, ретро ёки латеропульсия кузатилиб, юрганда тўсатдан бир томонга кетиб қолиш;
- вегетатив бузилишлар – артериал гипотония, себорея, қорин дам бўлиши, тиш ва сочларни тўкилиши, тирноқлар синиши, сийдик ажралиши бузилиши (никтурия ёки сийдик тутилиши) вазн йўқотиш, оғрик синдроми – оғрик елка бўғимларида, бўйин ва белда оғрик, паркинсонизмга қарши дорилар бергандан сўнг оғрикни камайиши;
- когнитив бузилишлар – хотира, интеллект, фикрлаш пасайиши билан намоён бўлади. Брадифрения (психик жараёнларни секинлашуви) ёки акайрия (битта сўзни эзмалик билан такрорлаш) келиб чиқади [2];
- депрессия, айрим ҳолларда паркинсонизм шаклланишига олиб келади;
- уйку бузилиши – инсомния, парасомния (сомнамбулизм) кўринишида;
- беморларда характер ўзгариб, эзма, эгоцентризм, таъсирчанлик, брадифрения кузатилади [11];
- парадоксал кинезиялар – беморлар оғир акинезия фонида тўсатдан олдинда кетаётган одамни ҳаракатини тақрорлаши мумкин.

Паркинсонизмни ташхислаш икки босқичда олиб борилади. Биринчи босқичда унинг синдромал ташхисини қўйилади. Паркинсонизм ташқи кўриниши бўйича эссенциал тремор, аффектив бузилишлардан (апатия, депрессия, абулия), паратония, истерия, юриш апраксиясидан фарқланади. Иккинчи босқичда нозологик ташхис аниқланади. Бунда паркинсонизмни шакллари, босқичи ва кечиши келтирилади [7,8,10,13,20].

Паркинсонизмни турли хил шакллари солиштирма ташхислаш

Бирламчи паркинсонизм учун характерли:

- касаллик бошланиши 50-65 ёш оралиғида;
 - паркинсонизмни учта белгиларидан (акинезия, титрок, ригидлик) камида иккитасини бўлиши;
 - касаллик бошланишида белгиларни бир томонлама кузатилиши – асимметрия;
 - леводопа дори воситалари билан даволашда яққол мусбат реакция.
- Иккиламчи паркинсонизм қуйидаги хусусиятларга эга:
- касаллик ўткир бошланиши ва кейинчалик намоён бўлишини стабиллашиши ёки босқичма-босқич зўрайиши;
 - токсик моддалар билан алоқа борлиги ёки нейролептиклар ва дофаминергик жараёнга таъсир қилдиган бошқа дори воситалари билан даволаниш, бош миёда қон айланишини бузилиши, бош мия жароҳати, мия гипоксияси;
 - энцефалит ўтказганлиги, кўзни ҳаракатлантирувчи нервлар фаолияти бузилиши ва диссомния, вертикал қараш фалажи билан;

4) беморларда паркинсонизм синдромидан ташқари пирамидал, миёча ва спинал мотонейрон зарарланиш белгилари;

5) яққол вегетатив ва қон-томирли бузилишлар, жумладан такрорий синкопалар, айниқса касаллик бошланишида.

Қон айланиши бузилиши натижасида кузатиладиган паркинсонизм - гипертония касаллиги, бош мия қон томирлари атеросклерози ёки иккаласи бирга келган ҳолларда келиб чиққан дисциркулятор энцефалопатияларда кузатилади.

- цереброваскуляр етишмовчилик;
- Юрак қон-томир дори воситалари билан даволашнинг самарадорлиги;
- КТ ёки ЯМР текширувда ўрта мия тузилмаларида базал тугунлар соҳасида лакунар инфаркт ўчоғи [12]. Қон айланиши бузилиши натижасида кузатиладиган паркинсонизм шунингдек, ўткир ёки ўткир ости бош мия қон айланиши бузилишида ҳам кузатилади. Касалликнинг эрта босқичларида ҳаракат координациялари бузилишлари, псевдобульбар синдром ва бошқа пирамидал ҳамда миёча етишмовчилик белгилари кузатилади. Паркинсонизмга хос бўлган тинч ҳолатдаги титрок кузатилмайди.

Токсик паркинсонизм – ўткир ёки сурункали захарланишлар – кўпроқ угар газ (СО), сероуглерод, марганец, қурғошин, метил ёки этил спирти, маргимуш, метилфенилтетрапиридин, таркибида наркотик моддалар бўлган воситалар билан захарланишлар натижасида келиб чиқади.

Дорилар таъсиридаги паркинсонизм – бош мия дофаминергик рецепторларини блоклаб қўядиган дорилар қўллаш натижасида келиб чиқади. Асосий сабаби нейролептик воситалар, камроқ ҳолларда раувольфи, метилдофа (альдомет, допамин), циннаризин, пипольфен, церукал,

ЯҚНВ, циклоспорин, натрий вальпроат ва бошқа дорилар билан даволаш оқибатида келиб чиқади. Уларга клиник белгиларни тез намоён бўлиши (кун, соат ичида), кўп ҳолларда келтириб чиқарган дори воситалари бекор қилингандан кейин тескари таъсир қилиши, ихтиёрсиз ҳаракат-блефароспазм, қараш тоник тутқаноғи, орал гиперкинез, юзда тиклар, тризм, шунингдек бўйин, нафас, диафрагма мускуллари, пароксизмал дистонияси кузатилади.

Постравматик паркинсонизм – бош мия экстрапирамидал тузилмаларини бевосита механик жароҳатланиши ёки гипоксияси, постравматик гидроцефалия натижасида кузатилади. Уларнинг шаклларида бири Мартланд синдроми боксчилар постравматик энцефалопатияси) ҳисобланади. Беморларда паркинсонизм белгиларидан ташқари дизартрия, атаксия ва деменция кузатилади.

Постэнцефалитик паркинсонизм – эпидемик энцефалит асорати сифатида намоён бўлиб, бунда кўзни ҳаракатлантирувчи нервлар функцияси бузилиши, гиперсомния кузатилади ва мия устун юқори қисмлари зараланиши билан характерланади.

Реактив паркинсонизм – тўсатдан кучли рухий зўриқиш натижасида сабабсиз келиб чиқади ва беморда рухий зўриқиш натижасида сабабсиз келиб чиқади ва беморда рухий зўриқиш ҳолати тўхтаса, паркинсонизм белгилари йўқолади.

Паркинсонизмни даволаш

Паркинсонизмни даволаш консерватив ва жаррохлик усулида олиб борилади.

Консерватив даволаш ўринбосар ва базис муолажалар ёрдамида олиб борилади. Фармакотерапия патогенетик характерга эга бўлиб, нейронлар дегенерациясини пасайтиришга қаратилган ва умрбод олиб борилади. Унда базал тугунлардаги нейротрансмиттерлар мувозанатини коррекция (дофаминергик активликни ошиши ва холинергик активликни камайиши билан характерланади) қилинади [6,9,10,14,15,21].

Паркинсонизмга қарши воситаларни асосий гуруҳлари:

1. Антиацетилхолинергик (холинолитиклар) – уларнинг таъсир механизми холинергик тизим функционал фаоллигини пасайиши билан боғлиқ. Паркинсонизм эрта босқичларида монотерапия препарати ҳисобланади, (айниқса ёш беморларда) титроққа бевосита ва камроқ миқдорда ригидлик ва акинезияга таъсир қилади. Кўпроқ амалиётда тригексифенидил (циклодол, паркопан, ромпаркин) кунда 1-2 мг 3 марта тавсия этилади. Баъзан беморларда оғиз қуриши, қорин дам бўлиши, сийдик келишини тутилиши, аккомодация ва рухий бузилишлар каби ножўя таъсирлар кузатилади.

2. Амантадинлар – таъсир механизми синаптик бўшлиқда дофамин ажралиши ва синтези билан боғлиқ. Улар паркинсонизмни даволашни эрта даврларида монотерапия кўринишида қўлланилади. Аксарият ҳолларда амантадин гидрохлорид (мидантан, симметрел) буюрилади. Оптимал дозаси кунда 300 мгдан, шунингдек, амантадин сульфат – РК-Merz 200 мг дан 3-7 кун давомида вена

ичига қуйилиб, сўнг таблетка кўринишида кунига 300-400 мгдан қўлланилади. Амантадинларнинг ножўя таъсири косметик характерга эга бўлиб, қўл ва оёқлар терилари дистал қисмларида мраморлик кузатилади.

3. Моноаминоксидаза ингибиторлари (МАО) – уларнинг самарадорлиги дофамин оксидловчи парчаланишини тўхтатилиши ва антиоксидант таъсир билан боғлиқ. В типдаги МАО селектив ингибиторлари гуруҳига селегилин (депренил, юмекс), разагилин (нервогил) киради. Кунда 1 мгдан 1 таблеткадан 1 марта) буюрилади. Уларни касалликни эрта даврларида монотерапия кўринишида ёки ДОФА препаратлари билан бирга кечки босқичларда қўлаш мумкин.

4. Дофамин рецепторлари агонистлари турли хил физик ва кимёвий хусусиятга эга бўлган Д1, Д2, Д3 рецепторларини специфик рағбатлантиради ва дофамин бир хилда синтези ва ажралишига таъсир қилади. Амалиётда бромокриптин (достинекс, лизурид, перголид) кунда, 15-25 мг ва неэрголин ҳосилалари (ропинирол, проноран, мирапекс) қўлланилади.

5. Катехол-О-метилтрансфераза ингибиторлари – таъсир механизми леводопани парчалайдиган фермент миқдорини камайитириш билан боғлиқ. Ушбу гуруҳга энтакапон ва толкапон киради ва кунда 400 мг дан қўлланилади. Катехол-О-метилтрансфераза ингибиторлари монотерапия кўринишида кам самара беради. ДОФА препаратлари билан биргаликда қўллаш кунлик ва бир марталик дозани камайитириш имконини беради.

6. ДОФА сақловчи препаратлар – улар 1969 йилдан қўлланилмоқда. Ҳозирги даврда ушбу гуруҳ препаратлар паркинсонизмни даволашда асосий гуруҳ воситалари ҳисобланиб, бемор аҳолига ижобий таъсир кўрсатади. Сўнги йилларда амалиётда улардан қуйидаги 2 та авлоди қўлланилади: тоза леводоп сақловчи (леводопа, допафлекс); леводоп периферик ДОФА-декарбоксилаза ингибиторлари билан биргаликда (карбидопа ва бенсеразид) гематоэнцефалик тўсиқдан осон ўтадиган препаратлар. Уларга – синемет (наком), таркибида 250 мг леводоп ва 25 мг бенсеразид, 1:10 нисбатда, максимал кунлик дозаси 3-4 таблетка, мадопар-125 (10 мг леводоп ва 25 мг бенсеразид, 4:1 нисбатда), мадопар-250 (200 мг леводоп ва 50 мг бенсеразид, 4:1 нисбатда); киради.

Оператив даво – паллидотомия, таламотомия, рангсиз шарга, таламусга, субталамик ядрога мия ичи стимуляторлар ўрнатиш каби жаррохлик амалиётлари консерватив даво самарасиз бўлганда қўлланилади [4, 18, 21].

Ташхис қўйиш намуналари

- Паркинсон касаллиги, эрта бошланиши, акинетико-ригидлик шакли, IV функционал босқич;

- Паркинсон касаллиги, ригид-титрок шакли, III функционал босқич, тез проградия кечиши, дори дискинезиялари хореоатетоз гиперкинез формасида;

- дисциркулятор энцефалопатия II босқич, гипертония касаллиги III босқич фонида, паркинсонизм синдроми, акинетико-ригидлик шакли, II функционал босқич, проградия ремиттирланувчи кечиши.

Адабиетлар

1. Алексеева Н.С., Иллариошкин С.Н., Пономарева Т.А. и др. Нарушения обоняния при болезни Паркинсона // Неврол. журн. – 2012. – №1. – С. 10-15.
2. Аникина М.А., Васенина Е.Е., Левин О.С. Психотические нарушения при болезни Паркинсона // Сборник материалов 3-го Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений. – М., 2014. – С. 94-95.
3. Бездольный Ю.Н. Клинико-эпидемиологические особенности различных форм паркинсонизма: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 24 с.
4. Бриль Е.В., Томский А.А., Федорова Н.В. и др. Нейрохирургическое лечение болезни Паркинсона // Экстрапирамидные расстройства: вчера, сегодня, завтра: Сб. ст.; Под ред. О.С. Левина. – М., 2013. – С. 156-162.
5. Гехт А.Б., Попов Г.Р. Медицинские и социальные аспекты болезни Паркинсона // Сборник материалов 3-го Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений. – М., 2014. – С. 221-227.
6. Евтушенко С.К. Современные вопросы диагностики и фармакотерапии болезни Паркинсона и ее фенотипов (лекция) // Междунар. неврол. журн. (Киев). – 2015. – №8 (78). – С. 70-75.
7. Евтушенко С.К., Головченко Ю.И., Труфанов Е.А. Болезнь Паркинсона и паркинсонические синдромы (лекция) // Междунар. неврол. журн. (Киев). – 2014. – №4 (66). – С. 20-26.
8. Иллариошкин С.Н. Этиология болезни Паркинсона: новые представления и новые вызовы // Сборник материалов 3-го Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений. – М., 2014. – С. 5–13.
9. Карабань И.Н. Применение блокатора глутаматных рецепторов амантадина в неврологии // Междунар. неврол. журн. (Киев). – 2012. – №2. – С. 143-149.
10. Левин О.С., Росинская А.В. Диагностика и лечение ранней стадии болезни Паркинсона // Сборник материалов III Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений. – М., 2014. – С. 56-61.
11. Нодель М.Р., Яхно Н.Н., Украинцева Ю.В., Дорохов В.Б. Инсомния при болезни Паркинсона и ее влияние на качество жизни пациентов // Неврол. журн. – 2014. – №4. – С. 19-27.
12. Труфанов А.Г. Нейровизуализация в оценке прогрессирования и прогнозирования осложнений при болезни Паркинсона: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2015. – 45с.
13. Труфанов А.Г., Литвиненко И.В., Одинак М.М., Труфанов А.Г. Проблемы дифференциальной диагностики сосудистого паркинсонизма // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2012. – №2 (38). – С. 62-70.
14. Федорова Н.В. Терапия ранних стадий болезни Паркинсона // Болезни движений: медицинские и социальные аспекты – М, 2010. – С. 141-145.
15. Федорова Н.В., Бельгушева М.Э., Яблонская А.Ю. Препараты леводопы в лечении болезни Паркинсона // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2011. – №5. – С. 30-36.
16. Berg D., Postuma R.B., Bloem B. et al. Time to redefine PD? Introductory statement of the MDS Task Force on the definition of Parkinson's disease // Mov. Disord. – 2014. – Vol. 29. – P. 454-462.
17. Katzenschlager R., Zijlmans J., Evans A. et al. Olfactory function distinguishes vascular parkinsonism from Parkinson's disease // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2004. – Vol. 75. – P. 1749-1752.
18. Lees A.J., Hardy J., Revesz T. Parkinson's disease // Lancet. – 2009. – Vol. 373 (9680). – P. 2055-2066.
19. Miller D.B., O'Callaghan J.P. Biomarkers of Parkinson's disease: present and future // Metabolism. United States. – 2015. – Vol. 64 (3 Suppl 1). – P. 40-46.
20. Rizos A., Martinez-Martin P., Odin P. et al. Characterizing motor and non-motor aspects of early-morning off periods in Parkinson's disease: an international multicenter study // Parkinsonism Relat. Dis. – 2014. – Vol. 20. №11. – P. 1231-1235.
21. Zhen-Xin Zhang, Honglei Chen, Sheng-Di Chen, Ming Shao et al. Chinese culture permeation in the treatment of Parkinson disease: a cross-sectional study in four regions of China // BMC Res. Notes. et al. – 2014. – Vol. 7. – P. 65.

УДК: 616-073.75:616.31

<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-18>

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА КАК СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ В СТОМАТОЛОГИИ



**Ризаев Ж.А.¹, Васильев А.Ю.²,
Гайбуллаев Э.А.¹**

¹Ташкентский государственный стоматологический институт,

²Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва (Россия)

Аннотация

Проанализирована литература, посвященная современным представлениям и возможностям лучевой диагностики в стоматологической практике, в частности при

диагностике и лечении воспалительно-дистрофических заболеваний пародонта. Особое внимание авторы уделили сравнению двухмерных и трёхмерных цифровых методов лучевой диагностики, а также возможности конусно-лучевой компьютерной томографии при диагностике различных патологий пародонта.

Ключевые слова: заболевания пародонта, лучевая диагностика, конусно-лучевая компьютерная томография

Annotation

In the presented article, the results of the literature review are analyzed, reflecting modern concepts and possibilities of radiation diagnosis in dental practice, in particular, in the diagnosis and treatment of inflammatory and dystrophic periodontal diseases. Particular attention is paid to the authors of this study, comparing two-dimensional and three-dimensional digital methods of radiation diagnosis, as well as the possibility of cone-beam computed tomography in the diagnosis of various periodontal pathologies.

В век ускорения научных исследований в сфере медицины следует отметить важность влияния точности различных методик на выбор типа исследования и соответственно на исход исследования или лечения. Одним из методов диагностики, который стал причиной бурного обсуждения вплоть до вручения Нобелевской премии, является рентгеновское исследование.

Об открытии рентгеновских лучей научный мир узнал не сразу. Первые снимки в катодных лучах были сделаны в г. Баку еще в 1884 году. Но историю рентгенодиагностики невозможно отделить от имени Вильгельма Конрада Рентгена – известного немецкого физика. Именно он в конце 1895 года сообщил миру о новых лучах, известных сегодня как рентгеновские. Не вдаваясь в подробности его биографии, необходимо отметить, что именно он стал первым лауреатом Нобелевской премии по физике, врученной ему в 1901 году за открытие икс-лучей.

Заслуга Рентгена перед историей состоит не только в открытии неизвестного излучения, но и в открытии методов рентгенодиагностики: «Если держать между разрядной трубкой и экраном руку, то видны темные тени костей в слабых очертаниях тени самой руки». Это было первое рентгеноскопическое исследование человеческого тела, проведенное и описанное первооткрывателем икс-лучей. В 1896 году в России было проведено рентгенологическое исследование скелета. С этого момента идёт бурное развитие рентгенодиагностики, в частности в стоматологии [5,14,28].

Значительная распространенность заболеваний пародонта на фоне тенденции к их увеличению делают поиск методов ранней диагностики актуальной проблемой. Диагноз при этом обычно ставят на основании традиционного клинического обследования, анамнеза и рентгенодиагностики. В ведущих редакциях и учебных пособиях по стоматологии вопросы рентгенодиагностики освеща-

ются недостаточно расширенно, перечисляются только наличие разных диагностических методов.

Клиническая диагностика пародонтита включает ряд критериев [11], к которым относятся: (1) разрушение зубодесневого соединения с формированием пародонтального кармана; (2) обнажение корней зубов вследствие деструкции тканей пародонта и костной резорбции; (3) подвижность зубов, выраженная в той или иной степени; (4) резорбция костного вещества альвеолярного отростка, которая определяется только с помощью рентгенологических методов исследования.

До последних десятилетий основным методом диагностики заболеваний тканей пародонта служила ортопантомография, но с развитием цифровой диагностики появляются множество диагностических методов исследования в данной области. Создается впечатление, что увлечение дополнительными методами диагностических исследований становится чрезмерным, а это затрудняет ориентирование практического врача без дополнительных методов исследований. Во многих работах [5,15,29] приводится пример развернутого пародонтологического диагноза и отмечается, что диагноз для врача-пародонтолога может стать серьезной основой для планирования лечебных мероприятий, порядка (последовательности) и характера их проведения у конкретного пациента, а неточный диагноз может привести к серьезным осложнениям.

При поведении оценки плотности костной ткани по ортопантомограмме необходимо точное соблюдение условий рентгенографии, нужно четко соблюдать правила фотообработки пленки и, конечно, соответствующее позиционирование головы больного. Так, при выдвижении вперед подбородочного упора на 1,5-2 см происходит существенное искажение изображений, которое в том числе проявляется в сужении изображения зубных рядов [3,15,18,22]. Во многих исследованиях указывается на возможность стандартизации и разработку объективного метода оценки состояния твердых тканей челюстей по данным ортопантомографии, в основу которой была положена коррекция яркости изображений, выполненных в различных условиях [26], но не всегда рентгенологи соблюдают данные условия при подготовке пленки, что приводит к искажению данных диагностики при данной патологии.

Этот метод имеет также ряд недостатков, одним из которых является то, что состояние пародонта визуализируется только в мезиодистальном направлении, при этом изменения на вестибулярных и оральных участках лунок перекрываются твердыми тканями зубов и достоверно не определяются [11,37]. Для того, чтобы выявить данные отделы, в ряде случаев необходимо использовать рентгенограммы «в прикус» в аксиальной проекции, которая позволяют оценить состояние вестибулярной и оральной компактных пластин [7,11], но, к сожалению, эти моменты создают дополнительные неудобства для больного.

Ряд авторов отмечают также, что рентгенологические признаки деминерализации костной ткани при визуальной оценке рентгенограмм выявляются в случае потери минеральной плотности кости более чем на 30%. Кроме того, неправильная интерпретация данных при визуальной оценке снимков, связанная с проекционными искажениями, нарушением режима обработки пленки, а также с наложением теней зубов на межзубные перегородки, может повлечь за собой диагностические ошибки [18].

Ввиду вышеперечисленных недостатков, многие авторы отмечают перспективность использования цифровой рентгенографии, при использовании которой лучевая нагрузка для больного значительно снижается. Кроме того, изображение в цифровой форме легко поддается количественной обработке, усилению контрастности и резкости контуров, а также с помощью прикладных программ имеется возможность измерения оптической плотности костной ткани в интересующих точках [12,30,33,35,36].

Компьютерные программные обеспечения от разных производителей, существующие сегодня, разрабатываются на основании изучения яркости изображения костной ткани цифрового рентгеновского снимка и дают количественную характеристику плотности костной ткани в зависимости от абсолютной яркости [18,24,27].

Традиционное использование ортопантограммы предоставляет основные скрининговые данные о состоянии зубочелюстной системы, степени атрофии альвеолярных отростков, наличии кариозных дефектов, наличии костных изменений в челюстных костях, восстановлении костной ткани в лунках отсутствующих зубов, периапикальных изменениях, степени пломбирования каналов и т.д. Однако для планирования хирургического этапа лечения их оказывается недостаточно ввиду индивидуальных показателей деформации размеров костей и исследуемой зоны [4]. Например, ортопантомография не позволяет определить переднезадний размер альвеолярного отростка, установить плотностные характеристики костной ткани, а главным недостатком ортопантомографии для планирования хирургического лечения является её двухмерность.

Последнее поколение ортопантомографов, например «Проскан» фирмы «Планмека», позволяет частично решить эту проблему. Но на каждой из томограмм, которые выполняются дополнительно к обычной панорамной зонограмме в сагиттальной проекции, можно чётко визуализировать область только одного зуба [2,15,21].

Ортопантомограмма, являясь изначально двухмерным отображением трехмерного объекта, не позволяет точно определить размеры альвеолярного отростка в зоне предполагаемой операции или при перемещении зубов.

В последние десятилетия в клинической практике в развитых странах применяется микрофокусная рентгенография с прямым многократным увеличением рентгеновского изображения [20]. В стоматологической практике и челюстно-лицевой хирургии данный метод используется, начиная с 2003 года. При этом одним из

основных факторов, влияющих на разрешение рентгеновского изображения, является размер фокусного пятна: чем меньше фокусное пятно, тем выше разрешение и способность различать мелкие детали изображения, тем больше величина геометрического увеличения изображения, лишённого периферийной тени или полутени. Размер идеального фокусного пятна должен стремиться к нулю. Микрофокусная рентгенография предполагает получение рентгеновских изображений объектов, размер фокусного пятна которых не превышает 0,1 мм. Ввиду этого, контраст изображения между мягкими тканями и фоном микрофокусного снимка в два раза выше, чем на обычной рентгенограмме. Это, в свою очередь, обеспечивает высокую степень визуализации структуры костной ткани и позволяет даже дифференцировать различные элементы мягких тканей.

Данная методика также используется выбора при обследовании пациентов на до-, интра- и послеоперационных этапах при проведении дентальной имплантации.

День за днём диагностические возможности в пародонтологии значительно расширяются при использовании рентгеновской компьютерной томографии – послойного лучевого исследования объекта с помощью компьютерной реконструкции изображения, получаемого при круговом сканировании объекта узким пучком рентгеновского излучения [7,10,13,14]. Основными преимуществами данного метода являются отсутствие суперпозиционности и высокое контрастное разрешение, а также получение трехмерного изображения в исследуемых зонах [16,23,31,32]. Кроме того, компьютерная томография позволяет оценить степень поглощения рентгеновского излучения различными тканями, в том числе проводить анализ минеральной плотности костной ткани [25,34].

Однако, несмотря на высокую информативность и качество, использование рентгеновской компьютерной томографии в стоматологии имеет ряд недостатков и ограничений. В первую очередь, наличие в ротовой полости металлических структур (штифты, литые культевые вкладки и др.) приводит к появлению рассеянных артефактов, затрудняющих идентификацию анатомических структур. Кроме того, данный вид диагностического исследования сопряжен со значительной лучевой нагрузкой для пациента. По данным некоторых авторов, неточности измерения плотности костной ткани при выполнении рентгеновской компьютерной томографии сопряжены с процентным содержанием жировой ткани в костном мозге, которое увеличивается с возрастом, что приобретает особое клиническое значение при обследовании пожилых пациентов [15,18,24].

Диагностические возможности данного метода существенно увеличило внедрение мультиспирального характера сканирования, обеспечив значительное ускорение процедуры исследования, реконструкции изображения в любой заданной плоскости, в том числе, объёмной реконструкции. С появлением мультиспиральных компьютерных томографов появилось возможность преодолеть

недостатки пошаговой компьютерной томографии, такие как большая толщина среза и значительное расстояние между срезами, что не дает возможности визуализировать мелкие детали, и плохое качество реформатов при постпроцессорной обработки изображения [1,5,17].

При различных патологиях челюстно-лицевой области количество научных исследований, касающихся компьютерной томографии, весьма значительно, но многие авторы при этом ограничиваются вопросами диагностики заболеваний верхнечелюстной пазухи, переломов костей средней зоны лица, при наличии злокачественных новообразований, а также при дентальной имплантации.

Конусно-лучевая компьютерная томография (СВСТ) впервые была адаптирована для потенциального клинического использования в 1982 году, тогда как доступным для широкого применения в диагностики патологии челюстно-лицевой области данный метод стал только с 2001 года. Основоположниками, сыгравшими значительную роль во внедрении данного рентгеновского метода исследования в странах СНГ, являются Н.А. Рабухина, А.П. Аржанцев и М.А. Чибисова. В своем развитии данная методика имела различные названия: конусно-лучевая томография (cone-beam tomography), конусно-лучевая объемная томография (cone-beam volume tomography), цифровая объемная томография (digital volume tomography) и дентальная объемная томография (ДОТ) (dental volume tomography). Основными преимуществами данного метода лучевой диагностики являются возможность получения первичного объемного изображения (voxel), отсутствие артефактов от металлических объектов в ротовой полости, хорошая визуализация костной структуры и низкая лучевая нагрузка на пациента.

Группой исследователей в 2010 году в США было опубликовано руководство по методологии снижения доз лучевых нагрузок при томографических исследованиях. В нем были представлены данные о сравнительной характеристике доз лучевых нагрузок при МСКТ и ДОТ. Авторами было установлено, что средняя доза при ДОТ составляет примерно 30 мкЗв на одно исследование, тогда как при МСКТ доза оказывалась в 4 раза выше. Также было доказано, что доза при ДОТ при определенных условиях может быть сравнима с таковой при цифровой ортопантомографии [6,8].

Чаще всего дентальная объемная томография применяется при стоматологической имплантации или для оценки регенерации тканей при лечении радикулярных кист, а также в диагностике травм и аномалий средней зоны лица. В доступной литературе встречаются единичные работы, посвященные использованию ДОТ при заболеваниях пародонта, в которых было показано, что ДОТ эффективна в оценке послеоперационных изменений, ее проведение рекомендовано через 6 и 12 месяцев после лечения [15,19].

На сегодняшний день многие авторы приходят к заключению, что двухмерное рентгенологическое исследование недостаточно информативно в диагностике

твердых тканей черепа, глазницы, верхней и средней зон лица, и дентальная объемная томография является «методом выбора», так как её разрешающая способность по отношению к скелету черепа приближается к 100% [6,8,9,15,34]. К примеру, было показано, что дентальная объемная томография как метод, обладающий высокой точностью для оценки хода зрительного нерва при посттравматических ретробульбарных деформациях орбиты. Основная масса сообщений, относящихся к использованию дентальной объемной томографии в челюстно-лицевой патологии, касается диагностических исследований при планировании хирургического этапа дентальной имплантации, где рентгенологическое исследование является важнейшей частью изучения состояния альвеолярной кости [4,6,9].

Таким образом, из приведенных данных следует, что для точной диагностики при планировании тактики лечения воспалительно-дистрофических поражений пародонта нужно основываться на результатах более современных методов цифровой рентгенографии и целесообразным в данном случае является конусно лучевая компьютерная томография, в силу достоверности получаемых информации и минимализма погрешностей при диагностике любых исследуемых зон.

Список литературы

1. Амосов В.И., Сперанская А.А., Лукина О.В. и др. *Мультиспиральная компьютерная томография в клиниках медицинского университета*. – СПб, 2009. – 227 с.30
2. Аржанцев А.П., Грудянов А.И., Люшкова П.И. и др. *Рентгенологические изменения костной ткани у больных с различными формами пародонтита // Стоматология*. – 1991. – №5. – С. 23-26.35
3. Аржанцев А.П., Смехов М.Е., Рабухина А.П. и др. *Стандартизация исследований в челюстно-лицевой области. Часть II. Стандартизация методики ортопантомографии // Новое в стоматологии*. – 1993. – №1 (спец. вып.) – С. 23-27.6
4. Архаров С.Л. *Исследование эффективности КТ и других методик рентгенологического обследования при планировании операции дентальной имплантации: Дис. ... канд. мед. наук*. – Кемерово, 1999. – 113 с.37
5. Васильев А.Ю. и др. *Лучевая диагностика в стоматологии*. – М.: Медика, 2007. – С. 6-30, 249-250.1
6. Васильев А.Ю., Вешняков В.В., Савранская К.В. и др. *Цифровая объемная томография в диагностике хирургической анатомии области лобного кармана // Вестн. рентгенол. и радиол.* – 2010. – №3. – С. 21-25.32
7. Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Серова Н.С. и др. *Лучевая диагностика в стоматологии*. – М., 2008. – 180 с.12
8. Васильев А.Ю., Лежнев Д.А. *Лучевая диагностика повреждений челюстно-лицевой области*. – М., 2010. – 78 с.33

9. Васильев А.Ю., Петровская В.В., Топольницкий О.З. и др. Конусно-лучевая томография врожденных расщелин альвеолярного отростка и неба // *Вестн. рентгенол. и радиол.* – 2011. – №2. – С. 4-6.34
10. Воробьев Ю.И., Лесняк В.Н. Компьютерная томография в диагностике заболеваний челюстно-лицевой области // *Стоматология.* – 1988. – №2. – С. 89-92.21
11. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А. и др. Болезни пародонта. Патогенез, диагностика, лечение. – М., 2004. – 320 с.10
12. Дмитриенко С.В., Кибкало А.П., Исхак Надир Ахмед. Возможности компьютерной ортопантомографии в диагностике и выборе плана ортопедического лечения // *Бюл. Волгоградского науч. центра РАМН.* – 2006. – №2. – С. 43-44.13
13. Иванов С.Ю., Климов Б.А., Ломакин М.В. и др. Использование рентгеновской компьютерной томографии в планировании стоматологической имплантации // *Современные проблемы имплантологии.* – Саратов, 1998. – С. 48-49.22
14. Кишковский А.Н., Тютин Л.А., Есиновская Г.Н. Атлас укладок при рентгенологических исследованиях. – Л.: Медицина, 1987. – С. 520.2
15. Куприн П.В. Комплексная диагностика и лечение пародонтита с использованием остеопластических материалов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013.4
16. Морозов А.К., Беляева А.А., Корначев А.Л. Возможности компьютерной томографии в костной патологии // *Настоящее и будущее костной патологии: Сб. тез. науч.-практ. конф.* – М., 1997. – С. 15-16.23
17. Морозов С.П., Насникова И.Ю., Синицын В.Е. Мультиспиральная компьютерная томография. – М., 2009. – 110 с.31
18. Мухаметшина Л.И. Рентгеносемиотика хронического генерализованного пародонтита и возрастных инволютивных изменений нижней челюсти: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 168 с.7
19. Ногина А.Ю. Оценка эффективности обследования больных хроническим генерализованным пародонтитом с использованием денальной объемной томографии: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 168 с.38
20. Петровская В.В. Интраоперационная микрофокусная рентгенография в стоматологической имплантологии: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2010. – 163 с.20
21. Подорванова С.В. Развитие рентгенологических методов обследования при операциях денальной имплантации в клинике ЦНИИС // *ЦНИИ стоматологии – 40 лет. История развития и перспективы: Сб. науч. тр.* – М., 2002. – С. 113-114.36
22. Рабухина Н.А., Аржанцев А.П. Рентгенодиагностика в стоматологии. – М., 1999. – 452 с.8
23. Рабухина Н.А., Грудянов А.И., Ерохин А.И. и др. Компьютерная томография в диагностике пародонтита // *Вестн. рентгенол. и радиол.* – 2002. – №5. – С. 8-12.24
24. Робустова Т.Г. Имплантация зубов (хирургические аспекты)^ Руководство для практ. врачей. – М., 2003. – 560 с.18
25. Рябоконь Е.Н. Структурно-функциональное состояние костной системы у больных с переломами мыщелкового отростка нижней челюсти // *Ортопед., травматол. и протезирование.* – 2000. – №2. – С. 134-135.27
26. Трезубов В.Н., Фадеев Р.А., Сологуб О.В. и др. Способ объективной оценки состояния костной ткани челюстей по данным ортопантомограмм // *Институт стоматологии.* – 2006. – №1. – С. 38-40.9
27. Чибисова М.А. Цифровая и пленочная рентгенография в амбулаторной стоматологии. – М., 2004. – 150 с.19
28. Электронная ссылка: <http://xray.rusmedserv.com/history/3>
29. Ярошенко Н.Н. Конусно-лучевая компьютерная томография в исследовании морфологии корневых каналов вторых моляров нижней челюсти // *Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 75-й открытой науч.-практ. конф. молодых ученых и студентов ВолгГМУ с междунар. участием.* – Волгоград, 2017. – С. 240-241.5
30. Hausmann E., Allen K., Carpio L. et al. Computerized methodology for detection of alveolar crestal bone loss from serial intraoral radiographs // *J. Periodontol.* – 1992. – Vol. 63, №8. – P. 657-662.14
31. Ito K., Yoshinuma N., Goke E. et al. Clinical application of a new compact computed tomography system for evaluating the outcome of regenerative therapy: a case report // *J. Periodontol.* – 2001. – Vol. 72, №5. – P. 696-702.25
32. Katagiri S., Yoshie H., Hara K. et al. Application of computed tomography for diagnosis of alveolar bony defects // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* – 1987. – Vol. 64, №3. – P. 361-366.26
33. Khocht A., Janal M., Harasty L. et al. Comparison of direct digital and conventional intraoral radiographs in detecting alveolar bone loss // *J. Amer. Dent. Assoc.* – 2003. – Vol. 134, №11. – P. 1468-1475.15
34. Laney W. Selecting edentulous patients for tissue-integrated prostheses // *Int. J. Oral Maxillofac. Impl.* – 1986. – Vol. 17. – P. 131-135.28
35. Li G., Engström P.E., Nasström K. et al. Marginal bone levels measured in film and digital radiographs corrected for attenuation and visual response: an in vivo study // *Dentomaxillofac. Radiol.* – 2007. – Vol. 36, №1. – P. 7-17. 16
36. Nair M.K., Ludlow J.B., Tyndall D.A. et al. Periodontitis detection efficacy of film and digital images // *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.* – 1998. – Vol. 85, №5. – P. 608-612.17
37. Walker C., Thomson D., McKenna G. Case study: limitations of panoramic radiography in the anterior mandible // *Dent. Update.* – 2009. – Vol. 36, №10. – P. 620-623.11

УДК: 616.322-031.64-002.3-07]-616-055.23
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-15>

БАЛОГАТ ЁШИДАГИ ҚИЗЛАРДА СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ



Карабаев Х.Э., Алимжоновна К.Х.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Аннотация

Цель: совершенствование диагностики хронического тонзиллита у девушек подросткового возраста. Нами были обследованы 48 больных, которые находились на стационарном лечении в отделениях оториноларингологии и детской гинекологии клиники ТашПМИ в 2017-2018 года. Больные были разделены на 2 группы: в 1 группу включили 32 девушек подросткового возраста с хроническим тонзиллитом, во 2 группу включили 16 девушек подросткового возраста с запозданием гормональной зрелости на фоне хронического тонзиллита. Всем больным проводилось полное клиническое обследование, опрос, обследование ЛОР-органов, эндоскопия, микробиологическое исследование, определение количество гормонов в крови, также проведено комплексное лечение. Исследование показало, что диагностика и комплексное лечение хронического тонзиллита у девушек пубертатного возраста нормализует количество гормонов в крови, также улучшает состояние больных.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, девушки подросткового возраста, гормональное исследование, комплексное лечение.

Хулоса

Тадкикотнинг максади булиб, балогат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллитни даволашни такомиллаштириш ҳисобланди. Биз 2017-2018 йиллар давомида ТошПТИ клиниксининг «Оториноларингология» булимида, ҳамда «Болалар гинекологияси» булимида ётиб даволанган 48 нафар беморни тақширдик. Беморлар 2 гуруҳга булинди. 1 гуруҳга 32 нафар сурункали тонзиллити бор қизлар киритилди. 2 гуруҳга 16 нафар сурункали тонзиллити бор жинсий етилиши орқа-

да қолган балогат ёшидаги қизлар киритилди. Барча беморларда тулик клиник текшириш, сурок, ЛОР-аъзолари текшируви, эндоскопия, микробиологик текширув, қондаги гормонлар микдорини аниқлаш утқазилди, ҳам да комплекс даволаш чоралари қулланилди. Тадкикот шуни қурсатдики, балогат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллитни тахсислаш ва комплекс даволашни такомиллаштириш қондаги гормонлар микдорини меъёрлаштиради ҳдмда беморлар аҳдолини яхшилаиди.

Қалит сузлар: сурункали тонзиллит, балогат ёшидаги қизлар, гормонал текширув, комплекс даволаш.

Annotation

The aim of the study was to improve the diagnosis of chronic tonsillitis in adolescent girls. We examined 48 patients who were hospitalized in the departments of Otorhinolaryngology and Pediatric Gynecology at the clinic of Tashkent Pediatric Medical Institute in 2017-2018. Patients were divided into 2 groups. Group 1 included 32 adolescent girls with chronic tonsillitis. Group 2 included 16 adolescent girls with late hormonal maturity on the background of chronic tonsillitis. All patients underwent a complete clinical examination, survey, examination of ENT organs, endoscopy, microbiological examination, determination of the amount of hormones in the blood, also carried out a comprehensive treatment. The study showed that the diagnosis and complex treatment of chronic tonsillitis in adolescent girls normalizes the amount of hormones in the blood, and also improves the condition of patients.

Key words: chronic tonsillitis, adolescent girls, hormonal research, complex treatment.

Бугунги кунда тиббиётда қатта ютуқларга эришишимизга қарамасдан оториноларингологияда сурункали тонзиллит билан беморлар мурожаати сақланиб қолган. Бу муаммо ҳозирги замон тиббиётининг энг мураккаб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Буни нафақат оториноларингологлар, балки педиатр, кардиолог, ревматолог, терапевт ва бошқа мутахассислар олдидаги муаммага айланиб бўлган. Бу муаммо фақат клиник эмас, балки умумбиологик нуқтаи назардан қўриб чиқилиши билан асосланади, чунки бодомча безлар сурункали яллиғланиши жараёни ривожланиши асосида макро- ва микроорганизмларнинг биологик таъсир этиши ётади [2,6].

Адабиётлардан олинган маълумотларга қўра, сурункали тонзиллит билан ердаги аҳолининг ўртача 16% касалланади. Ўзбекистан аҳолиси ўртасида 21%ни ташкил этади [3]. Вирус-бактериал инфекциянинг қўшилиб келиши, бир меҳа касалликнинг қўшилиб келишига сабаб бўлади. Болалар орасида бу касаллик 12-15% ташкил қилади [1,7,8].

Репродуктив саломатлик муаммоси 2005 йилдан бери ЖССТнинг диққат марказида бўлиб, унда балогат ёшидаги қизларни саломатлигини муҳофаза қи-

лиш, ўсмирларга тиббий таъминотни яхшилаш, бу репродуктив, интеллектуал иқтисодий ижтимоий хазина деб аталган [4-6].

Сурункали тонзиллит оториноларингология органиларида учрайдиган касалликлар ичида энг кўп ўрганилгани бўлиб, ҳозирги вақтга келиб кўпгина касалликларнинг сурункали тонзиллит билан боғлиқлиги ёки у билан бирга учраши аниқланган. Бодомча беши болаларда иммун тизимида муҳим рол ўйнаб, иммун тизимининг периферия аъзоси ҳисобланади, ҳамда организмда фаол иммун ҳужайраларни ишлаб чиқарадиган асосий манбадир. Жаҳон адабиётларида сурункали тонзиллитни, барча ички аъзоларга, жумладан юрак-қон томир системасига, буйрак ва айирув системасига таъсири кенг ёритилган. Лекин бу касалликни жинсий тизимга, ўсиш ва ривожланишга таъсири кам ўрганилган, айниқса балоғат ёшидаги қизларга таъсири ҳақида адабиётларда маълумот деярли йўқ. Гарчи сурункали тонзиллит билан оғриган ҳамма ўспиринларда иккиламчи жинсий белгиларни шаклланишининг кечикиши, бўй ва вазнининг камлиги кузатилган. Бу муаммони ҳал этиш келажакда оналарни соғлом бўлишида катта аҳамиятга эга [9].

Шу билан бирга, лакуналарнинг чуқур сохалари анаэроб микроорганизмлар учун қулай шароит ҳисобланиб, уларнинг доимий равишда оғиз бўшлиғига ажралиб туриши муҳим аҳамиятга эга [6]. Айрим муаллифларнинг адолатли таъкидлашича, сурункали тонзиллит (СТ) нинг келиб чиқиши ва кечишида микрофлора билан бирга, микроорганизм ҳам муҳим ўрин тутди. Яллиғланиш учоғининг шаклланиши микроорганизм реактивлигининг ўзгариши билан бирга кечади. Қон томонидан бўладиган комплекс реакциялар организмдаги бириктирувчи тўқима ва органлар системасидаги ўзгаришлардан далолат беради [7].

Сурункали тонзиллит нейроэндокрин ўзгаришларга ҳам олиб келиши мумкин. Буларга семириш ёки озиш, иштаҳанинг бузилиши, гипергидроз, хайз циклининг ўзгариши, жинсий қувватнинг сусайиши каби белгилар кузатилиши мумкин.

Сурункали тонзиллит қизларда репродуктив системанинг шаклланишига ҳам таъсир қилади. Сурункали тонзиллитнинг компенсация формасидан декомпенсация формасига ўтиш кўпинча 8-10 ёшда (адренархе даврига) ва 12-14 ёш (менархе даврига) тўғри келади [9].

Гипофизар буйрак усти системасининг эндокрин функцияси фаоллиги адренархе даврига ва ҳамма репродуктив системаси менархе даврига тўғри келади.

Бир неча [9] текширишларда аниқланишича, декомпенсация формасида фертил ёшдаги аёлларда репродуктив системанинг бузилиши кузатилади. Бу ўзгаришлар қуйидаги характердаги бузилишларга олиб келади: фолликула стимулловчи, лютенизацияловчи, лютеотроп, соматотроп, адренкортикотроп ва тиреотроп гормонлардаги ўзгаришлар, бачадондан қон кетиш белгилари, гипоменструал синдром ва марказий

генезнинг аменореясига олиб келиши мумкин. Хомилдорликда сурункали тонзиллит билан оғриш кўпинча патологиянинг ривожланишига олиб келади. Хомилдорларда хомиланинг эрта ва кечки бола тушиши, муддатдан олдинги туғруқ кузатилиши мумкин.

Кўпгина олимлар сурункали тонзиллит билан оғриган пубертат ёшидаги қизларни отоларинголог ва гинеколог диспансер назоратида бўлиши керак деб айтишади.

Тадкикотининг мақсади бўлиб, балоғат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллитни ташхислашни такомиллаштириш ҳисобланди.

Материал ва усуллар

Биз 2017-2018 йиллар давомида ТошПТИ клиникасининг «Оториноларингология» бўлимида, ҳамда «Болалар гинекологияси» бўлимида ётиб даволанган 48 нафар беморни тақширдик. Кузатувимизда сурункали тонзиллитнинг ҳар хил формаси билан оғриган 9 ёшдан 16 ёшгача қизлар олинди. Беморлар 2 гуруҳга бўлинди. 1 гуруҳга 32 нафар сурункали тонзиллити бор қизлар киритилди. 2 гуруҳга 16 нафар сурункали тонзиллити бор жинсий етилиши орқада қолган балоғат ёшидаги қизлар киритилди. Барча беморлар ҳар томонлама кўриб чиқилди. Уларда тўлиқ клиник текшириш, сурок, ЛОР-аъзолари текшируви, эндоскопия, микробиологик текширув, қондаги гормонлар микдорини аниқлаш ўтказилди. Барча рақамли материаллар вариацион статистика усули билан қайта ишланди, Стьюдент критерийси ёрдамида маълумотлар ишончлилиги текширилди, ҳамда Microsoft Excel 2016 ёрдамида статистик таҳлил ўтказилди.

Тадкикот натижалари

Бизнинг кузатувимизда бўлган беморлар ҳар томонлама текширувдан ўтказилди. 1 гуруҳ, беморларнинг 18 нафарида сурункали тонзиллитнинг оддий шакли, 10 нафарида сурункали тонзиллитнинг токсик-аллергик шакли 1-даражаси, 4 нафарида сурункали тонзиллитнинг токсик-аллергик шакли 2-даражаси аниқланди. 2 гуруҳ беморларнинг 3 нафарида сурункали тонзиллитнинг оддий шакли, 7 нафарида сурункали тонзиллитнинг токсик-аллергик шаклининг 1-даражаси, 6 нафарида сурункали тонзиллитнинг токсик-аллергик шаклининг 2 даражаси аниқланди.

Анамнез маълумотларига таҳлил қилинганда, 1 гуруҳ беморларнинг 11 (34,4%) нафарида грипп, 15 (46,9%) нафари камқонлик, 15 (46,9%) нафари ринит, 16 (50%) нафари синусит, 8 (25%) нафари кариес, 6 (18,7%) нафари бронхит, 2 гуруҳ беморларнинг 7 (43,7%) нафарида грипп, 7 (43,7%) нафари камқонлик, 9 (56,2%) нафари ринит, 7 (43,7%) нафари синусит, 3 (18,7%) нафари кариес, 3 (18,7%) нафари бронхит ўтказганлиги аниқланди.

Кўпинча беморлар шикоятлари сурункали тонзиллитнинг кечиши билан боғлиқ бўлди, яъни 1 гуруҳ

беморларининг 87%и томодаги оғриққа, 76%и ютинганда дискомфортга, 62%и оғиздан нохуш хид келишига, 34%и бўғимларда оғриққа, 22%и тана харорати ошишига, 48%и холсизликка шикоят қилди. 2 гуруҳ беморларнинг 92%и томоқда оғриққа, 88%и ютинганда дискомфортга, 78%и оғиздан нохуш хид келишига, 47%и бўғимларда оғриққа, 38%и тана харорати ошишига, 62%и холсизликка шикоят қилди.

ЛОР-аъзоларини эндоскопик текшируви натижаларига кўра, 1 гуруҳ беморларнинг 24 (75%) нафарида йирингли ёки казеоз йирингли тугунлар, 26 (81,2%) нафарида Гизе белгиси, 21 (65,6%) нафарида Зак белгиси, 10 (31,2%) нафарида Преображенский белгиси, 8 (25%) нафарида лимфа тугунлари катталашганлиги, 2 гуруҳ беморларнинг 16 (100%) нафарида йирингли ёки казеоз йирингли тугунлар, 15 (93,7%) нафарда Гизе белгиси, 13 (81,2%) нафарда Зак белгиси, 15 (93,7%) нафарда Преображенский белгиси, 11 (68,7%) нафарда лимфа тугунлари катталашганлиги аниқланди.

Микробиологик текширув натижасида 1 гуруҳ беморларнинг 17 нафарида *Neamophilus influenza*, 8 нафарида *Streptococcus pyogenes*, 14 нафарида *Staphylococcus aureus*, 6 нафарида *Chlamidia pneumoniae*, 5 нафарида *Mycoplasma pneumoniae*, 6 нафарида *Candida albicans*, 24 нафарида микроблар ассоциацияси, 2 гуруҳ беморларнинг 8 нафарида *Neamophilus influenza*, 4 нафарида *Streptococcus pyogenes*, 6 нафарида *Staphylococcus aureus*, 3 нафарида *Chlamidia pneumoniae*, 2 нафарида *Mycoplasma pneumoniae*, 3 нафарида *Candida albicans*, 12 нафарида микроблар ассоциацияси аниқланди.

Қондаги гормонлар миқдори текширилганда, 1 гуруҳ беморларида ФСГ миқдори ўртача $12,5 \pm 1,3$, ЛГ миқдори ўртача $10,6 \pm 1,2$ эканлиги, 2 гуруҳ беморларида эса ФСГ миқдори ўртача $12,0 \pm 1,2$, ЛГ миқдори ўртача $11,4 \pm 1,3$ эканлиги аниқланди.

Беморларда сурункали тонзиллитнинг кечиш даражаси ва кўрсатма бўйича жаррохлик амаллари ўтказилди, яъни 8 нафар беморда умумий оғриқсизлантириш остида тонзиллэктомия амалиёти бажарилди.

Комплекс даволаш тарзида барча беморларга 10 кун давомида танглай муртақларини ювиш, люголь эритмаси билан артиш, махаллий физиотерапевтик муолажалар, десенсибилизация даво, антибиотиклар, ҳамда 30 кун давомида иммуномодуляторлар тавсия этилди.

Даволашдан сунг 1 гуруҳ беморларининг 22%и томоқда оғриққа, 32%и ютинганда дискомфортга, 21%и оғиздан нохуш хид келишига, 16%и бўғимларда оғриққа, 4%и тана харорати ошишига, 22%и холсизликка шикоят қилди. 2 гуруҳ беморларнинг 28%и томоқда оғриққа, 27%и ютинганда дискомфортга, 28%и оғиздан нохуш хид келишига, 20%и бўғимларда оғриққа, 7%и тана харорати ошишига, 32%и холсизликка шикоят қилди.

Қайта ўтказилган микробиологик текширув натижасида 1 гуруҳ беморларнинг 3 нафарида *Neamophilus*

influenza, 5 нафарида *Staphylococcus aureus*, 7 нафарида микроблар ассоциацияси, 2 гуруҳ беморларнинг 1 нафарида *Neamophilus influenza*, 2 нафарида *Staphylococcus aureus*, 4 нафарида микроблар ассоциацияси аниқланди.

Қондаги гормонлар миқдори қайта текширилганда, 1 гуруҳ беморларида ФСГ миқдори ўртача $10,1 \pm 0,8$, ЛГ миқдори ўртача $8,7 \pm 0,6$ эканлиги, 2 гуруҳ беморларида эса ФСГ миқдори ўртача $10,0 \pm 0,7$, ЛГ миқдори ўртача $8,5 \pm 0,5$ эканлиги аниқланди.

Шундай қилиб, ҳулоса қилиб айтиш мумкинки, баҳолат ёшидаги қизларда сурункали тонзиллитни ташхислаш ва комплекс даволашни такомиллаштириш қондаги гормонлар миқдорини меъёрлаштиради ҳамда беморлар ахволини яхшилаиди.

Адабиётлар

1. Абдулкеримов Х.Т., Карташова К.И., Давыдов Р.С. и др. Сравнительная оценка эффективности лечения пациентов с субкомпенсированной формой хронического тонзиллита антисептическим средством растительного происхождения в комплексе со стандартной консервативной терапией: результаты открытого рандомизированного исследования // *Вестн. оториноларингол.* – 2018. – №3. – С. 45-49.
2. Владимирова Т.Ю., Барышевская Л.А., Лямин А.В. и др. Возможности применения антибактериальных средств при хроническом тонзиллите // *Вестн. оториноларингол.* – 2017. – №2. – С. 55-59.
3. Колесникова О., Пособило Е. Микробный пейзаж нёбных миндалин при обострении хронического тонзиллита // *Врач.* – 2017. – №11. – С. 49-52.
4. Начаров П., Рязанцев С. Этиологическая и патогенетическая диагностика хронического тонзиллита // *Врач.* – 2018. – №3. – С. 26-29.
5. Abu Bakar M., McKimm J., Haque S.Z. et al. Chronic tonsillitis and biofilms: a brief overview of treatment modalities // *J. Inflamm. Res.* – 2018. – Vol. 11. – P. 329-337.
6. Dapefrid A, Lundstrom B, Tano K. Prevalence of *Fusobacterium necrophorum* in tonsils from patients with chronic tonsillitis // *Acta Otolaryngol.* – 2017. – Vol. 137, №3. – P. 297-301.
7. Fold E., Seemann R., Stelter K., Lill C. The effect of tonsillotomy on chronic recurrent tonsillitis in children // *Acta Otolaryngol.* – 2017. – Vol. 37, №9. – P. 992-996.
8. Kanji K., Saatci D., Rao G.G. et al. Antibiotics for tonsillitis: should the emergency department emulate general practice? // *Clin. Pathol.* – 2016. – Vol. 69, №9. – P. 834-836.

УДК: 616.216.1-002.2-615.281.458
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-16>

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОГО АЭРОЗОЛЬНОГО АНТИБИОТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАЙМОРИТА



Шамсиев Д.Ф., Исмоилов И.И.,
Чакканова М.Б., Каримов О.М., Соатов С.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Цель: оценка эффективности ингаляционного антибиотика фрамицетина (Синулор) в лечении хронического гайморита при нормальной и нарушенной проходимости максиллярного соустья. Материал и методы: в исследование были включены 56 пациентов в возрасте от 18 до 67 лет с экссудативными формами хронического верхнечелюстного синусита в стадии обострения. Использован ингаляционный антибиотик фрамицетин (активное вещество фрамицетина сульфат), предназначенный для лечения острых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей. Результаты: при лечении верхнечелюстного синусита фрамицетин демонстрирует максимальную эффективность именно в тех случаях, когда соустье пазухи хорошо проходимо. Препарат может с успехом применяться при обострении воспалительного процесса в оперированной верхнечелюстной пазухе, если, конечно, это обострение не связано со стенозом или блокадой наложенного соустья. Назначение фрамицетина также целесообразно и в раннем послеоперационном периоде в тех случаях, когда он сопровождается выраженной воспалительной реакцией в оперированной пазухе. Выводы: схема оценки проходимости верхнечелюстного соустья, основанная на результатах

диагностической пункции и эндоскопии, позволяет объективно оценить один из важнейших факторов в прогнозе заболевания и правильно варьировать лечебную тактику.

Ключевые слова: хронический гайморит, проходимость максиллярного соустья, ингаляционный антибиотик фрамицетин.

Хулоса

Юкори жаг табиий тешик утказувчанлиги мйёридаги ва бузилган сурункали гаймаритларни даволашда ингаляцион антибиотик-фрамицетин (Синулор) самарадорлигини урганиб чикилди.

Тадкикот хуруж давридаги сурункали гаймаритнинг экссудатив шакли булган беморларни уз ичига олади.

Тадкикодга Колдуэлла – Люка буйича операция булган беморлар жалб килинмади.

Барча беморларда бурун бушлиги ва бурун урта йули эндоскопияси утказилди, бурун ёндош бушлиги пункциясида табиий тешик утказувчанлигини аниклаш ёки табиий тешик оркали ювилганда экссудат табиати ва микдорини кайт килинди.

Ушбу текширув натижаларига кура, гаймаритларни даволашда табиий тешик утказувчанлиги бузилмаган холларда фрамицетин аник максимал самарадорлигини намойиш этади.

Annotation

Effectiveness of inhaled antibiotic Framicetin (Sinulor) in the treatment of chronic rhinosinusitis in normal and impaired permeability of the maxillary anastomosis has been studied.

The study included patients with exacerbation of exudative forms of chronic maxillary sinusitis. Exclusion criteria were Caldwell-Luc surgery in the past or opening of the maxillary sinus through the lower nasal meatus. The purpose was to study the relationship between the treatment efficacy and a patency of a natural anastomosis of a sinus, as well as associated asthma and «aspirin triad».

All patients underwent endoscopy of a nasal cavity and a middle meatus, diagnostic puncture of the sinus and assessment of an anastomotic patency degree or nasal rinsing through anastomosis with the registration of a type and amount of exudate.

The results of the study allows to conclude that Framicetin demonstrates maximum effectiveness in the treatment of maxillary sinusitis with a widely patent anastomosis.

Важнейшей формой связи организма с внешней средой, не прекращающейся в течение всей жизни человека, является связь через дыхательную систему. Носовое дыхание представляет собой нормальный физиологический акт, нарушение которого может обуславливать функциональные и морфологические сдвиги в жизнедеятельности и структуре

важнейших органов и систем организма, происходящие в результате замедления обменных процессов, уменьшения биоэлектрического потенциала клетки, возникновения состояния энергетического дефицита вследствие кислородной недостаточности, нарушении микроциркуляции, а также ослабления цилиарной и эпителиальной функций. Выключение носового дыхания приводит к затруднению венозного оттока, что вызывает повышение внутричерепного давления и изменения в сосудах головного мозга. Эти обстоятельства объясняют повышенное внимание ринологов к вопросам, связанным с коррекцией носового дыхания при различных формах патологии полости носа.

Экспериментальные исследования свидетельствуют о том, что степень проникновения лечебных аэрозолей в околоносовые пазухи зависит от трех основных факторов: размеров частиц аэрозоля, градиента давления и диаметра самого соустья [1-4]. Исходя из этого, лечебный эффект аэрозольных форм антибиотиков теоретически должен зависеть от последнего фактора, а следовательно он также должен быть высоко эффективен в лечении обострений хронического синусита после эндоназального вскрытия пазухи или в тех случаях, когда наложенное соустье хорошо проходимо, подтвердить эти теоретические рассуждения в клинической практике, мы попытались в данном исследовании.

Цель исследования

Оценка эффективности ингаляционного антибиотика фрамицетина (Синулор) в лечении хронического гайморита при нормальной и нарушенной проходимости максиллярного соустья.

Материал и методы

В исследование были включены 56 пациентов в возрасте от 18 до 67 лет с экссудативными формами хронического верхнечелюстного синусита в стадии обострения. Критериями исключения были перенесенные ранее операция Колдуэлла – Люка или вскрытие верхнечелюстной пазухи через нижний носовой вход, так как нас интересовала связь между эффективностью лечения и проходимостью именно естественного соустья пазухи, сопутствующая бронхиальная астма и аспириновая триада. Больным назначали ингаляционный антибиотик фрамицетин (активное вещество фрамицетина сульфат), который используется в лечении острых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей. Исследованию его эффективности при остром риносинусите, фарингите, ларингите и трахеобронхите посвящено большое количество исследований. В аннотациях к этому препарату утверждается, что благодаря очень малому размеру аэрозольных частиц данный препарат способен проникать в самые труднодоступные отделы респираторного тракта, в

частности в околоносовые пазухи, и проявлять там свой лечебный эффект.

Всем пациентам назначалось одинаковое лечение: пероральные формы антибиотиков два или три раза в день в течение 7 дней, впрыскивание фрамицетина по 1 разу в каждую половину полости носа 4 раза в день, промывание полости носа теплым физиологическим раствором 2 раза в сутки, по показаниям сосудосуживающие капли в нос 1-2 раза в день.

При первом обращении производились эндоскопия полости носа и среднего носового хода, диагностическая пункция пазухи с определением степени проходимости соустья или промывание через соустье с регистрацией характера и количества экссудата, компьютерная томография или рентгенография околоносовых пазух, общий анализ крови, бактериологическое и цитологическое исследование носового секрета. Помимо этого пациенты самостоятельно оценивали выраженность пяти основных симптомов синусита по визуальной шкале: затруднение носового дыхания, головная боль, выделения из носа, ощущение стекания патологического отделяемого по задней стенке глотки и снижение обоняния.

На 7-е сутки лечения повторно выполнялись эндоскопия, пункция или промывание пазухи через соустье с определением степени проходимости последнего, характера и количества экссудата, общий анализ крови, бактериологическое и цитологическое исследования, подсчет симптомов. Те же исследования, а также по показаниям рентгенография околоносовых пазух проводилось на 21-е сутки от начала лечения.

Таблица 1. Схема оценки проходимости естественного соустья верхнечелюстной пазухи

Нормальная проходимость соустья	При аспирации в шприц поступает воздух или жидкое содержимое пазухи, при промывании жидкость свободно изливается в полость носа
Нарушение проходимости степени	При аспирации в шприце создается отрицательное давление, при промывании жидкость свободно попадает в полость носа – вероятно наличие клапанного механизма и отрицательного давления в пазухе
Нарушение проходимости степени	Аспирация из пазухи невозможна, промывание удастся лишь при усилении давления на поршень шприца
Нарушение проходимости степени	Ни аспирация, ни промывание пазухи невозможны – полная блокада соустья

Пациенты были разделены на три группы в зависимости от степени проходимости соустья пораженной пазухи. Проходимость оценивалась на основании данных эндоскопии среднего носового хода или диагностической пункции

Применительно к верхнечелюстной пазухе данная схема оценки проходимости соустья может использоваться, если невозможно проведение эндоскопическо-

го исследования или если соустье не определяется при эндоскопии.

Распределение больных по группам представлено в таблице 2.

Таблица 2. Распределение пациентов по группам в зависимости от формы синусита

Нозологическая форма синусита	Число больных
Хронический полипозный синусит	24
Хронический гнойный синусит	18
Хронический полипозно-гнойный синусит	14
Всего	56

Таблица 3. Распределение пациентов по группам в зависимости от степени проходимости верхнечелюстного соустья

Группа	Все-го	Хрони-ческий гнойный синусит	Хрони-ческий полипозно-гнойный синусит	Хрони-ческий полипозный синусит
Нормальная проходимость	12	7	3	2
Нарушение проходимости I степени	26	9	7	10
Нарушение проходимости II-III степени	18	2	4	12

Результаты исследования

Изначально симптомы заболевания были наиболее выражены у больных 3-й группы, менее выраженные симптомы отмечались у больных 2-й и 1-й групп, у которых проходимость соустья пазухи нормальной или хотя бы частично сохраненной. Соответственно и уменьшение симптоматики заболевания вплоть до полного ее исчезновения также быстрее происходило в 1-й и 2-й группах и несколько медленнее в 3-й группе, при этом быстрее других симптомов регрессировала головная боль, а дольше всего сохранялось нарушение обоняния.

Данные передней риноскопии и эндоскопии демонстрировали достаточно быструю положительную динамику состояния слизистой оболочки полости носа и верхнечелюстного соустья у всех больных. Несколько медленнее этот процесс протекал у пациентов 3-й группы, однако при контрольной пункции на 7-е сутки полной блокады соустья уже не отмечалось ни у одного из больных: у 3 было выявлено нарушение проходимости соустья I степени, у 7 соустье функционировало нормально. Для сравнения, во 2-й группе к 7-м суткам лечения у 8 больных проходимость соустья была нормальной, а у 2 сохранялось нарушение проходимости первой степени. В 1-й группе к этому сроку у 12 пациентов вообще не было показаний к выполнению пункции, так как при эндоскопии верхнечелюстной пазухи соустье имело диаметр более 3 мм, и только у 2 больных была произведена пункция пазухи, подтвер-

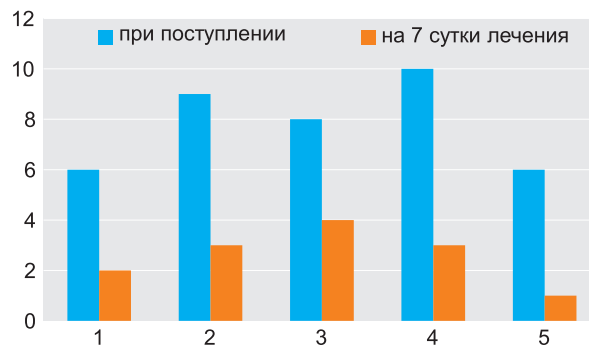


Рис. 1. Динамика симптоматики у больных 1-й группы. По оси ординат – выраженность симптомов по 10-балльной шкале (ряд Р1 – затруднение носового дыхания, ряд Р2 – головная боль, ряд Р3 – выделения из носа, ряд Р4 – выделения в носоглотку, ряд Р5 – нарушение обоняния). Линия 1 – при обращении, линия 2 – на 7-е сутки лечения.

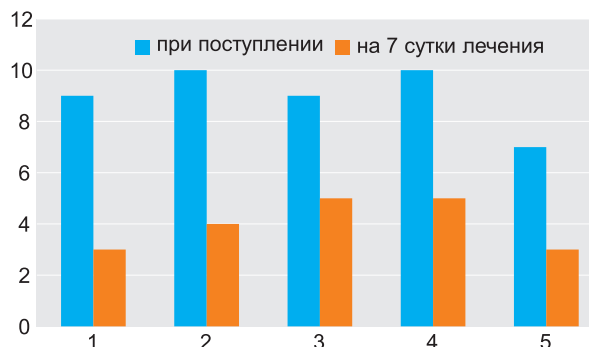


Рис. 2. Динамика симптоматики у больных 2-й группы (обозначения те же).

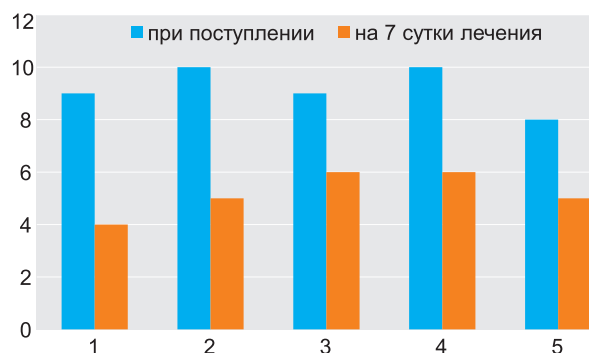


Рис. 3. Динамика симптоматики у больных 3-й группы (обозначения те же).

дившая нормальную проходимость соустья. Патологическое отделяемое на 7-е сутки лечения получено при пункции верхнечелюстных пазух у четырех больных – по два 2-й и 3-й групп. У всех этих пациентов на момент пункции проходимость естественного соустья восстановилась еще не полностью.

Примечателен тот факт, что наиболее быстрый регресс субъективной симптоматики и нормализация слизистой оболочки был отмечен у больных с обо-

стрением хронической гнойной формой синусита. К 7-му дню у них уже практически отсутствовала симптоматика, характерная для обострения синусита.

Цитологическое исследование носового секрета, которое было проведено у некоторых больных, уже к 7-м суткам выявило значительное уменьшение обычных элементов воспаления.

В общем анализе крови при обращении обычно отмечались умеренный лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле. Эти показатели обычно нормализовались к 7-м суткам после начала лечения. Несколько дольше, особенно у пациентов 3-й группы, сохранялось повышение СОЭ.

Выводы

1. При лечении верхнечелюстного синусита фрамицетин демонстрирует максимальную эффективность именно в тех случаях, когда соустье пазухи хорошо проходимо. Таким образом, этот препарат может с успехом применяться при обострении воспалительного процесса в оперированной верхнечелюстной пазухе, если, конечно, это обострение не связано со стенозом или блокадой наложенного соустья. Назначение фрамицетина также целесообразно и в раннем послеоперационном периоде в тех случаях, когда он сопровождается выраженной воспалительной реакцией в оперированной пазухе.

2. Схема оценки проходимости верхнечелюстного соустья, основанная на результатах диагностической пункции и эндоскопии, позволяет объективно оценить один из важнейших факторов в прогнозе заболевания и правильно варьировать лечебную тактику.

Список литературы

1. Лопатин А.С. Минимально инвазивная эндоскопическая хирургия заболеваний полости носа, околоносовых пазух и носоглотки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1998.
2. Лопатин А.С. Фармакотерапия воспалительных заболеваний околоносовых пазух // Рус. мед. журн. – 2000. – №5. – С. 24-28.
3. Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М. Возможности применения аэрозольных антибиотиков биопарокса при лечении больных с заболеваниями верхних дыхательных путей // Рос. ринология. – 1996. – №5. – С. 43.
4. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. – М.: Миклош, 2002. – С. 225-223.

УДК: 616.31./32-006 (575.1)
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-4>

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН



**Ганиев А.А., Абдихакимов А.Н.,
Халматова М.А., Абдурахмонов С.З.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Цель: изучение состояния онкологической помощи, контингентов и больных с опухолями орофарингеальной области в Республике Узбекистан. Материал и методы: для изучения показателей, характеризующих состояние онкологической службы, использованы данные Государственной статистической отчетности «Сведения о больных злокачественными новообразованиями» Республики Узбекистан за период 2008-2016 гг. Результаты: на основные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями орофарингеальной области влияют реализация и интенсивность проведения профилактических мероприятий среди населения. Для повышения эффективности онкологической помощи населению необходима модернизация онкологической службы, укрепление ее кадрового потенциала, а также внедрение современных инновационных диагностических и лечебных технологий. Необходимо также улучшить качество профилактических осмотров, особенно среди контингентов населения с высоким фактором риска. Выводы: оптимизация работы в перечисленных направлениях будет способствовать совершенствованию онкологической службы страны и позволит оказывать населению специализированную помощь.

Ключевые слова: орофарингеальная область, злокачественные новообразования, профилактические осмотры, специализированная помощь населению.

Annotation

Conducted statistical research of the occurrence of head and neck tumors, as well as the analysis of the status of

oncological services for 2008–2016 in the Republic of Uzbekistan allowed to determine the priority directions in the organization of oncological specialized assistance to the population, corresponding to the modern development of medical science. The implementation of preventive measures allowed both to increase the detectability of patients with malignant neoplasms of the I – II stage, and to reduce the incidence of the localized process of the III – IV stage of the disease.

Хулоса

Бош ва бўйин соҳаси ўсмаларининг учраш частотаси бўйича ўтказилган статистик изланишлар ҳамда 2008-2016 йиллар оралиғида Ўзбекистон Республикасининг онкология хизмати таҳлили аҳолига махсус онкологик хизматни ташкил қилишнинг устувор вазифи ва йўналишлар аниқлаб берди. Профилактик чора тадбирларнинг амалиётга таъбиқи ёмон сифатли ўсма билан касалланган беморларни эрта аниқлаш (1-2 даражасида) ҳажмини орттиришни, шу билан биргаликда 3-4 даражали маҳаллий тарқалган жараёнларни камайтиришни таъминлаб берди.

В мире плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта и глотки ежегодно заболевают более 11 тыс. человек. В последние десятилетия однолетняя летальность по статистике остается неизменной и составляет более 40%. Негативная эпидемиологическая обстановка по злокачественным новообразованиям сложилась и в Республике Узбекистан. Злокачественные опухоли полости рта и глотки занимают второе место среди причин смертности населения и в связи с её неуклонным ростом являются одним из негативных показателей в динамике состояния здоровья населения Республики Узбекистан, характеризующегося высокой долей лиц молодого и трудоспособного возраста [9].

Развитие онкологии в последние десятилетия существенно продвинуло решение таких проблем как ранняя диагностика и эффективное лечение новообразований, что позволило заметно снизить смертность и удлинить сроки жизни больных [1]. Последнее, однако, не повлияло на рост заболеваемости, которая, по мнению специалистов, обусловлена, прежде всего, качественными изменениями среды обитания, в том числе, её техногенным загрязнением. Неблагоприятная экологическая ситуация, последствия широкого использования разнообразной специальной техники, ухудшение социального благополучия населения, злоупотребление табаком и алкоголем отрицательно влияют на неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями.

Злокачественные новообразования являются одной из наиболее сложных медико-социальных проблем современного общества. Несмотря на доступность клиническому осмотру, заболевания полости рта на ранних стадиях (cT1-2N0M0) выявляются чуть более в 30% случаев [5,7]. Для рака органов полости рта и глотки характерен быстрый инфильтративный рост, приводящий

к раннему вовлечению в опухолевый процесс соседних анатомических структур. Для рака слизистой органов полости рта и глотки характерно частое развитие регионарных метастазов, достигающее, по разным данным, 40-70% [5]. Это объясняется особенностями лимфообращения органов полости рта и глотки. При метастатическом поражении регионарных лимфатических узлов пятилетняя выживаемость больных плоскоклеточным раком слизистой этой области снижается вдвое [8].

Все применяемые в настоящее время как консервативные, так и хирургические методы лечения весьма агрессивные, а иногда калечащие. Количественные и качественные показатели помощи онкологическим больным в Республике Узбекистан не превышают мировые и азиатские данные. Следует отметить, что в последние пять лет наметилась положительная динамика изучаемых показателей [7]. В связи с этим основной проблемой лечения опухолей данной области является выбор оптимальной тактики и объема лечебного воздействия. Остается открытым также вопрос о необходимости воздействия на зоны регионарного метастазирования при cN0. Прогноз заболевания зависит от правильно выбранной тактики лечения. Так, по разным данным, на ранних стадиях рака слизистой оболочки полости рта удается добиться общей 5-летней выживаемости от 60 до 90% пациентов [2,3,5].

Изучение показателей, характеризующих работу онкологической службы, представляет значительный практический интерес, поскольку может служить основанием для планирования организации онкологической помощи населению, разработки общегосударственных и региональных противораковых программ, определения необходимого объема лечебной и паллиативной помощи, организации медико-социальной реабилитации больных и инвалидов. Улучшение работы онкологических учреждений страны и региона позволит оказывать специализированную помощь, соответствующую современному научно-техническому развитию медицинской науки независимо от места проживания конкретного больного [4,6,9].

Цель исследования: изучение состояния онкологической помощи, контингентов и больных с опухолями орофарингеальной области в Республике Узбекистан.

Материал и методы

Для изучения показателей, характеризующих состояние онкологической службы, использованы данные Государственной статистической отчетности «Сведения о больных злокачественными новообразованиями» Республики Узбекистан за период 2008-2016 гг. Сбор данных осуществляли с помощью общепринятых методик (табл. 1).

Результаты и обсуждение

Наибольшее число впервые выявленных больных (n=714) со злокачественными опухолями полости рта

Таблица 1. Основные показатели состояния онкологической помощи населению Республики Узбекистан за 2008-2016 гг.

Злокачественные новообразования	Год	Впервые выявленные больные	Морфологическая верификация диагноза, %	Показатель выявляемости при профилактических осмотрах, %	Распределение больных по стадиям, %			
					I-II	III	IV	стадия не установлена
Губы С 00	2008	114	90,4	57,9	86,0	10,6	1,7	1,7
	2013	92	91,3	63,0	78,3	18,5	2,2	1,0
	2015	85	100,0	47,0	80,0	12,9	1,2	5,9
	2016	82	92,7	41,5	71,9	23,2	4,9	0,0
Полость рта и глотки	2008	714	91,7	37,8	51,8	39,5	8,7	0,0
	2013	455	90,5	44,4	53,6	36,3	10,1	0,6
	2015	449	95,3	40,5	47,2	39,0	13,8	0,6
	2016	494	94,5	29,5	48,8	40,7	10,3	0,3
Десны	2008	-	90,2	18,2	57,0	40,1	3,3	2,1
	2013	58	89,7	22,4	56,9	37,9	5,2	0,0
	2015	56	89,3	39,0	48,2	41,1	5,4	5,3
	2016	71	98,6	26,8	45,0	43,7	11,3	0,0
Дна полости рта	2008	-	88,9	19,1	34,2	31,6	11,0	0,0
	2013	75	77,3	21,3	38,7	33,3	12,0	16,0
	2015	91	82,4	20,9	37,4	51,6	11,0	0,0
	2016	78	89,7	28,2	50,0	47,5	2,5	0,0
Неба	2013	16	87,5	37,5	50,0	37,5	6,3	6,2
	2015	30	93,3	26,7	43,3	40,0	16,7	0,0
	2016	26	96,1	26,9	53,8	46,2	0,0	0,0
	2013	86	80,2	20,9	33,7	52,3	10,5	3,5
Др. неуточненные отделы полости рта	2015	111	91,2	18,9	41,4	42,3	15,3	1,0
	2016	77	92,2	27,3	50,6	41,6	7,8	0,0

и глотки по Республике Узбекистан отмечалось в 2008 году, что было связано с включением в данную топографо-анатомическую локализацию других соседних областей. Далее в 2013, 2015 и 2016 гг. число впервые выявленных больных со злокачественными опухолями полости рта и глотки составляло соответственно 455, 449 и 494.

В 2008 году со злокачественными опухолями губы было выявлено 114 больных, постепенно это число уменьшалось: в 2013 году таких больных было 92, в 2015 году – 85, в 2016 году – 82.

С другой стороны, в указанные годы среди всех локализаций злокачественных опухолей неба насчитывали наименьшее число впервые выявленных больных: в 2013 году – 16, в 2015 – 30, в 2016 – 26.

В 2013, 2015 и 2016 гг. отмечалось увеличение числа впервые выявленных больных со злокачественными новообразованиями дна полости рта и десны. Однако в группе злокачественных новообразований других неуточненных отделов полости рта отмечалось уменьшение числа впервые выявленных больных.

По Узбекистану в 2008, 2013, 2015 и 2016 гг. показатель морфологической верификации злокачественных опухолей губы, полости рта и глотки, десны, дна полости рта, неба, других неуточненных отделов полости рта у больных с впервые установленным диагнозом находился на высоком уровне и возрастал с годами. Так,

в 2008 году показатель морфологической верификации злокачественных опухолей губы составил в среднем за год 90,4%, в 2013, 2015 и 2016 гг. – соответственно 91,3, 100 и 92,7%.

Так, в 2008 году показатель морфологической верификации злокачественных опухолей губы составил 90,4%, в 2013, 2015 и 2016 гг. – соответственно 91,3, 100 и 92,7%. В 2013 году показатель морфологической верификации злокачественных опухолей полости рта и глотки составил 90,5%, в 2015 – 95,3%, в 2016 – 94,5%. С 2013 по 2016 гг. наблюдалось увеличение показателя морфологической верификации злокачественных опухолей десны – с 89,7 до 98,6%. Кроме того, в 2013-2016 гг. у больных отмечался рост показателя морфологической верификации злокачественных опухолей дна полости рта с 77,3 до 89,7%, неба – с 87,5 до 96,1%, других неуточненных отделов полости рта – с 80,2 до 92,2%. Такое улучшение морфологической верификации диагноза можно было объяснить доступностью зоны для визуального контроля и морфологического исследования, а также подготовкой высококвалифицированных специалистов по онкоморфологии.

Больные со злокачественными опухолями губы, выявленные при проведении профилактических осмотров, в 2008 году составили 57,9%, в 2013 – 63%, в 2015 – 47%, в 2016 – 41,5%. В 2008-2016 гг. отмечалось уменьшение процента больных со злокачественными

опухолями полости рта и глотки при проведении профилактических осмотров с 37,8 до 29,5. Спад показателя наблюдался также в группе больных со злокачественными опухолями нёба, который в 2013 г. составил 37,5%, в 2015 – 26,7%, а в 2016 – 26,9%. Однако в 2013, 2015, 2016 гг. в группе больных со злокачественными опухолями десны, дна полости рта, других неуточненных отделов полости рта отмечался рост показателя соответственно с 22,4 до 26,8%, с 21,3 до 28,2% и с 20,9 до 27,3%. Такое увеличение числа больных, выявленных при профилактических осмотрах, можно объяснить снижением качества проведенных профилактических осмотров за эти годы, на что следует обратить особое внимание.

В 2008 году распределение впервые выявленных больных по стадиям было следующим: в категории больных со злокачественными опухолями губы 86% пациентов выявлены в I-II стадиях, 10,6% – в III стадии, 1,7% – в IV стадии и в 1,7% случаев стадию опухоли не удалось установить. В 2013 году распределение таких больных было соответственно 78,3, 18,5, 2,2 и 1%, в 2015 году – 80, 12,9, 1,2 и 5,9%. В 2016 году число выявленных больных в I-II стадии уменьшилось, составив 71,9%, увеличившись, однако, в III IV стадиях увеличилось соответственно до 23,2 и 4,9%. В неустановленной стадии больных не выявлено.

Из всех выделяемых анатомо-топографических локализаций в 2013 году категория больных в I-II стадии со злокачественными опухолями дна полости рта и других неуточненных отделов полости рта была относительно немногочисленна – соответственно 38,7 и 33,7%, число больных со злокачественными опухолями дна полости рта в III стадии оставалось относительно низким – 33,3%, однако возросло в IV стадии и в неустановленной стадии – соответственно 12 и 16%.

В 2015 г. самой многочисленной (48,2%) была категория больных в I-II стадии со злокачественными опухолями десны, далее распределение больных в данной группе по стадиям было следующим: соответственно 41,1, 5,4 и 5,3%. В 2016 году в данной группе распределение больных было следующим: 45% – в I-II стадии, 43,7% – в III стадии, 11,3% – в IV стадии, больных в неустановленной стадии не было.

В 2016 году сравнительно высокий процент (53,8%) среди выявленных больных отмечался в I-II стадии со злокачественными опухолями нёба, что повлияло на процент выявляемости (46,2%) больных в III стадии, а также отсутствие больных с IV и неустановленной стадиями.

По Республике Узбекистан в 2008-2016 гг. отмечалось наибольшее число впервые выявленных больных со злокачественными опухолями полости рта и глотки. Более того, проведенный статистический анализ основных показателей онкологической помощи при злокачественных новообразованиях орофарингеальной области в Республике Узбекистан показал, что в онкологической службе имеются определенные

проблемы в ранней диагностике опухолей полости рта и глотки, где выявление (в I-II стадии) в динамике не превышает 50%. От выявленной стадии опухоли зависит тактика лечения, и соответственно прогноз ухудшается с нарастанием стадии опухолевого процесса.

Более того, наши данные показывают, что увеличение выявления злокачественных новообразований на ранней (I-II) стадии связано с проведением диспансеризации населения и профилактических медицинских осмотров.

Заключение

На основные показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями орофарингеальной области влияют реализация и интенсивность проведения профилактических мероприятий среди населения.

Для повышения доступности и эффективности онкологической помощи населению необходима модернизация онкологической службы, укрепление ее кадрового потенциала, а также внедрение современных инновационных диагностических и лечебных технологий в практику оказания онкологической помощи населению. Необходимо также улучшить качество профилактических осмотров, особенно среди контингентов населения с высоким фактором риска.

Оптимизация работы в перечисленных направлениях будет способствовать совершенствованию онкологической службы страны и позволит оказывать населению специализированную помощь, соответствующую современному научно-техническому развитию медицинской науки.

Список литературы

1. Заридзе Д.Г. Профилактика рака: Руководство для врачей. – М., 2009. – С. 22.
2. Злокачественные новообразования в России в 2013 году: заболеваемость и смертность; Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2015. – 250 с.
3. Злокачественные новообразования в России в 2014 году: заболеваемость и смертность; Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2015. – С. 250.
4. Кит О.И., Дурицкий М.А., Шелякина Т.В., Енгибарян М.А. Особенности выявляемости онкологических заболеваний органов головы и шеи в условиях онкологического учреждения общей лечебной сети // Современные проблемы науки и образования. – М., 2015. – С. 4.
5. Пачес А.И. Рак слизистой оболочки полости рта // Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 2000. – С. 142-155.
6. Состояние онкологической помощи населению России в 2015 году; Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. – М., 2016. – 236 с.

7. *Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2012 г.*; Под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Акселя. – М., 2014. – 226 с.
8. *Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2014 году*; Под ред. М.И. Давыдова, Е.М. Аксель. – М., 2016. – 875 с.
9. Юсупов Б.Ю. *Злокачественные опухоли головы и шеи среди разных этнических групп в республике Узбекистан: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.* – Ташкент, 2007.

УДК: 615.076.7+616.837];578/579
<http://dx.doi.org/10.26739/2091-5845-2019-25>

ИЗУЧЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И УЛЬТРАЗВУКА



**Махсумова И.Ш., Мухамедов И.М.,
Махсумова С.С.**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Аннотация

Основная роль нарушения микробного пейзажа при развитии патологических состояний нарушаются взаимоотношения макроорганизма и микрофлоры. Микрофлора полости рта изменяется как качественными, так и количественными показателями, в результате чего происходит нарушение барьерно-защитных механизмов полости рта.

Annotation

The main role of the violation of the microbial landscape in the development of pathological states is broken relationship of the microorganism and microflora. The microflora of the oral cavity changes in both qualitative and quantitative indicators, resulting in a violation of the barrier-protective mechanisms of the oral cavity

Анализ имеющихся литературных источников показывает, особую значимость исследований, посвященных созданию антисептических препаратов. При этом

следует заметить, что эти препараты должны отвечать следующим требованиям:

- обладать широким спектром антибактериального действия, при отсутствии негативного влияния на макроорганизм;
- иметь низкий уровень или отсутствие резистентности штаммов, формирующихся в результате применения препарата;
- обладать пролонгирующим (длительным) действием, при малой токсичности;
- обладать высокой степенью адсорбции и восстановления биоценоза в различных биотопах макроорганизма;

Исходя из всего этого, можно полагать, что дальнейшее исследования по созданию и испытанию новых лекарственных форм антисептиков, особенно с учётом детского организма и местного применения, несомненно, является, весьма перспективным направлением, так как это позволяет не только пролонгировать действие антибактериального препарата за счёт его длительного депонирования, но и менять характер воздействия на клеточные факторы воспаления.

Известно, что возникновению и прогрессированию большинства заболеваний макроорганизма и в том числе в полости рта во многом способствует патогенная флора, это обстоятельство постоянно побуждает ученых к поиску и разработке новых антибактериальных препаратов. Вместе с тем, широкое, а подчас необоснованное и бесконтрольное применение химиотерапевтических препаратов приводит к формированию резистентных штаммов микробов к лекарственным препаратам [1, 3, 5].

Установлено, что селекция резистентных штаммов микробов происходит очень часто при разных перепадах концентрации препаратов, что наблюдается при местном применении различных антибактериальных форм в виде полосканий, паст, гелей, а также парантеральных и пероральных использований [2, 4, 6].

Человечество перешло в 21 век, век научно технического прогресса, когда многие открытия в области новых технологий особенно физических исследований, которые широко используются в народном хозяйстве, со временем начинают внедряться в медицинскую практику.

Среди этих внедрений, особое значение придаётся ультразвуковой терапии. Ультразвуковая терапия, по мнению многих исследователей, учёных и специалистов, считается одним из наиболее распространенных и высокоэффективных методов современной физиотерапии, используемых в комплексном лечении широкого спектра заболеваний в ортопедии, хирургии, гинекологии, стоматологии, дерматологии и др.

В целом, использование энергии ультразвука низкочастотного диапазона в лечении воспалительных заболеваний основано на инициировании или следующих эффектов:

- прямого бактерицидного действия ультразвуковых колебаний;

- опосредованного действия путём активации фагоцитоза микробных тел;
- создания повышения концентрации антибактериальных препаратов;
- улучшения сосудистой трофики и тканевого обмена;
- коррекции и стимулировании детоксикации, иммунорекции, антигипоксии, анальгезии др.;
- особую важность и перспективность составляет «ультрафонофорез», когда с помощью ультразвука в ткани вводят лекарственные вещества, такие как йод, кальций, фосфор, анальгин, гидрокортизон и др.

Основываясь на вышеизложенном мы поставили перед собою особую цель: изучить антибактериальную активность таких препаратов как: фурациллин, ацикловир, оксолин, «кызыл май» и ультразвука.

Материал и методы

Для решения поставленной цели, нами проведены микробиологические исследования по определению чувствительности 10 штаммов микробов (наиболее часто обитающих в полости рта) к испытуемым лекарственным препаратам и ультразвуку в условиях *in vitro*.

Согласно последним литературным данным [1,3] чувствительность микробов к химическим веществам определяют двумя методами:

1. Диско-диффузный метод, это метод диффузии в агар с применением бумажных дисков, пропитанных химическими веществами.

2. Метод серийных разведений химических веществ в плотных или жидких питательных средах с внесением в них микробов определенной стандартной мутности.

Среди этих методов определение чувствительности микробов к химическим препаратам, диско-диффузионный метод является наиболее популярным и распространённым. Частота использования этого метода может быть объяснена такими его преимуществами, как технологическая доступность тестирования, низкая стоимость, гибкость – то есть возможность определять чувствительность к тем лекарствам, которые требуются в данной клинической ситуации, высокая воспроизводимость результатов при соблюдении условий тестирования и приготовления расходных материалов.

Для постановки этого метода исследования, нами первоначально приготовлены свежие (18 часовые) культуры микробов подлежащих испытанию. В последующем на поверхность подсушенной питательной среды Мюллер-Хинтона в чашках Петри вносили 1-2 мл исследуемой культуры (по стандарту мутности 1,0 – 10⁶ микробных клеток), равномерно распределяли путем пошатывания чашки, а избыток удаляли пипеткой в дезинфицирующий раствор.

Параллельно с этим в отдельных пенициллиновых флаконах готовили химические препараты определенной концентрации подлежащих испытанию. После завершения посева, чашки Петри подсушивали при

комнатной температуре 10-15 минут, затем брали стерильным пинцетом подготовленные бумажные диски (наподобие антибиотиковых), пропитывали их в приготовленных химических препаратах накладывали их на разные расстояния друг от друга и на 2 см от края чашки на поверхность питательной среды засеянной определенной микробной культурой (на чашку не более 6 дисков), чашки закрывали и ставили в термостат при температуре 37°C инкубировали в течении 18-24 часов. По истечении срока инкубации, чашки вынимали из термостата и для учета полученных результатов, чашки помещали на темную матовую поверхность и с помощью специальной пипетки, измеряли диаметр самих дисков с точностью до 1 мм.

Для определения антибактериального действия на микробы ультразвука, также делали посевы испытуемых микробных культур методом «газона» в чашках Петри, после чего определенные участки диаметром 1 на 2 см² обрабатывали ультразвуком в диапазоне: 1-2-3 минут. После чего чашки закрывали и помещали в термостат на 18-24 час. По истечении срока инкубации, чашки вынимали из термостата и определяли зону задержки роста микробов 1мм.

Результаты и обсуждение

Результаты проведенных микробиологических исследований по изучению чувствительности микробов к лекарственным препаратом в условиях *in vitro*, представлены в таблице 1. Из таблицы видно, что один из антисептиков используемых широко в медицинской практике фурациллин оказал достоверное антибактериальное действие на 5 видов микробов таких как: стафилококки, стрептококки, протеи и сальмонеллы, все остальные штаммы микробов оказались слабо чувствительными. В тоже время препарат Ацикловир из группы известных противовирусных препаратов, оказал антибактериальное

Таблица 1. Чувствительность некоторых микробов к комплексным лекарственным препаратам в условиях *in vitro* (M±m), мм

№	Микро-организмы	Фурациллин 1:5000	Ацикловир	Кызыл май	Оксолин 0,25%
1	Staph. aureus	12,0 ±0,3	15,0±0,3	15,0±0,3	5,0±0,1
2	Staph. Epidermidis	20,0±0,4	22,0±0,4	22,0±0,4	23,0±0,4
3	Str.pyogens	20,0±0,4	23,0±0,4	25,0±0,5	10,0±0,1
4	Esch.coli	10,0±0,1	15,0±0,3	15,0±0,3	10,0±0,1
5	Klebsiella	10,0±0,3	22,0±0,4	22,0±0,4	17,0±0,3
6	Ps.aeruginosa	5,0±0,1	10,0±0,1	20,0±0,4	15, ±0,3
7	Prot.mirabilis	30,0±0,5	20,0±0,5	23,0±0,5	15,0±0,3
8	Prot.vulgaris	23,0±0,4	30,0±0,5	22,0±0,5	18,0±0,3
9	Sal. typhimurium	23,0±0,4	15,0±0,3	22,0±0,4	10,0±0,1
10	Candida albicans	5,0±0,1	10,0±0,1	10,0±0,1	5,0±0,1

Примечание: единицы приведены в мм зоны задержки роста микробов

действие на большинство микробов и только микробы группы *Pseudomonas* и грибы рода *Candida* оказались слабо чувствительными. Препарат Оксалин проявил свою антибактериальную активность к таким микробам как: стафилококки, клострииды, псевдомонасы, протеи. Вся остальная флора оказалась слабо чувствительной.

Таблица №2. Показатели чувствительности микробов к действию ультразвука ($M \pm m$), мм

№	Группы микробов	Экспозиция действия в минутах		
		1	2	3
1	<i>Escherichii</i>	0	0	$5,0 \pm 0,1$
2	<i>Candida</i>	0	0	0
3	<i>Staph. Epidermidis</i>	$10,0 \pm 0,2$	$20,0 \pm 0,4$	$30,0 \pm 0,5$
4	<i>Proteus</i>	$10,0 \pm 0,2$	$7,0 \pm 0,1$	$8,0 \pm 0,2$
5	<i>St. aureus</i>	0	0	$5,0 \pm 0,1$
6	<i>Pseudomonas</i>	0	0	0
7	<i>Klebsiella</i>	0	0	0
8	<i>Strept. pyogenes</i>	$3,0 \pm 0,1$	$5,0 \pm 0,1$	$7,0 \pm 0,2$

Примечание: единицы приведены в мм зоны задержки роста микробов

Среди всех изученных лекарственных препаратов наилучшее антибактериальное действие оказал препарат «Кызыл май». Так как к ней оказались чувствительными все штаммы микробов кроме грибов рода *Candida*.

При определении чувствительности микробов к действию ультразвука, нами установлено (таблица №2), что она оказала антибактериальное действие на 3 вида микроба: *Staph. Epidermidis*, *Proteus* и *Str.pyogenes* во всех экспозициях. При экспозиции действия ультразвука в течении 3 минут она оказала, хотя и слабое действие, ещё на 2 вида микроба, это *Escherichii* и *St.aureus*.

На основании этих исследований по изучению антибактериальной активности ультразвука можно констатировать, что ультразвук при прямом воздействии на микробы оказала достоверное действие только на некоторые микробы (*Staph. Epidermidis*, *Proteus*, *Str.pyogenes*, *Escherichii* и *St.aureus*), все остальные микробы оказались резистентными. По всей видимости возможно полагать, что ультразвук оказывает антибактериальное действие косвенным путём то есть при совместном воздействии с лекарственными препаратами.

Таким образом, на основании проведенных микробиологических исследований по изучению антибактериальной активности некоторых лекарственных препаратов и ультразвука, можно сделать следующие выводы:

1. Среди всех лекарственных препаратов изученных по антибактериальным свойствам наиболее эффективным препаратом оказался «Кызыл май», которая с успехом может использоваться при герпетических стоматитах у детей.

2. Изучение антибактериальной активности ультразвука показала, что при прямом воздействии она слабо активна, возможно, ее активность усиливается при комплексном применении с лекарственными препаратами.

Список литературы

1. Мухамедов И.М., Ризаев Ж.А., Даминова Ш.Б., Мухамедова М.С. Стоматология для клиник микробиологии. Ўқув қўлланма. – Тошкент, 2015й.
2. Ризаев Э.А., Бекжанова О.Е. Сопряженность факторов риска развития герпетического стоматита у детей // *Stomatologiya*.-2017. - №1. - С.37-39.
3. Царев В.Н. Местное антимикробное лечение в стоматологии. Учебное пособие. Медицинское информационное агентство Москва 2017 г.
4. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Под ред. А.В.Борисенко. – Киев, 2013. – 632 с.
5. Заболевания слизистой оболочки полости рта / Под ред. А.В.Борисенко. – Киев, 2013. – 632 с.
6. Nasser M, Fedorowicz Z, Khoshnevisan M.H, ShahiriTabarestani M. Acyclovir for treating primary herpetic gingivostomatitis. *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2008;(4): CD006700. Withdrawn in: *Cochrane Database Syst Rev* 2016;
7. Chentoufi A.A., Dervillez X., Dasgupta G., Nguyen C. The herpes simplex virus type 1 latency-associated transcript inhibits phenotypic and functional maturation of dendritic cells. *Viral Immunol.* 2012; 25(3): 204-15

УДК: 618.3-06:616.155.194.8-616.31

ТЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ



Косимов М., Вохидов А.В., Бурхонов С.Б.

ГУ РНКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии,
Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Взаимодействие сопутствующих патологий, а также их влияние на общее здоровье и течение беременности не может не усугубить состояние и стоматологического здоровья беременной женщины. Имеющие место некоторые проблемы связанные с положением в социально-экономической сфере народного хозяйства, не могли бесследно пройти, не отразившись

на качестве здоровья беременных женщин. На период к 2000 годам показатель заболеваемости беременных анемией возрос более чем в 6 раз [Вохидов А.В. 2011], отмечена тенденция к росту заболеваемости болезнями почек и сердечно-сосудистой системы, на более чем 1/3 возросло число беременных, страдающих поздними токсикозами [Абдурахманов Ф.М., 2009, Рустамова М.С., 2014].

Все это существенно повлияло и на показатели стоматологической заболеваемости беременных женщин. Кариозное поражение зубов, болезни пародонта и слизистой оболочки полости рта представляют собой большую социальную проблему и занимают основное место в структуре стоматологической заболеваемости населения, могут существенно повлиять по показателям перинатальной заболеваемости и смертности [Рахматуллоев Ш.Р., Вохидов А.В. 2015].

Цель исследования: изучить зависимость стоматологического здоровья беременных женщин на фоне железодефицитной анемии.

Материалы и методы

Исследования проведены на базе ГУ НКИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в г. Душанбе. Под нашим наблюдением находились 180 беременных женщин в возрасте 18-42 лет. Обследованные женщины были разделены на 2 группы. За основу распределения обследованных по группам нами были взяты результаты гемограмм.

1-я группа: 150 (83,3%) женщины, беременность которых протекала на фоне железодефицитной анемии уровень $Hb < 104$ г/л, (легкая степень) во всех случаях срок гестации превышал 37 недель, возраст обследованных колебался $25,38 \pm 3,25$ года;

2-я группа: 30 (16,6%) женщины, беременность которых протекала без анемии, срок гестации был в пределах 38—41 неделя, возраст $26,31 \pm 3,45$ года.

За основу диагностики и классификации кариеса зубов был взят протокол ведения больных «Кариес зубов» (2006) и Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10 (коды K02.0-K02.3). Распространенность и интенсивность кариеса зубов оценивали по общепринятой методике (ВОЗ, 2005). Интенсивность кариеса определяли с помощью индекса КПУз.

Результаты и обсуждение

Анализируя обращаемость беременных женщин за стоматологической помощью в зависимости от возраста и срока гестации, установлено, что преимущественно 65 (36,1%) женщин были в возрасте от 20-25 лет, до 20 лет, было 22,2%, число беременных с возрастом 35 лет и старше уменьшается, от 10 до 5,5%.

С возрастанием срока гестации, обращаемость за стоматологической помощью уменьшается. Беременные женщины до 20 лет и преимущественно перво

беременные в 54,8% случаев пациентов обратились за стоматологической помощью в первом триместре беременности. В остальных возрастных группах число обратившихся к стоматологу колебалось от 39,6% (30-35 лет) до 47,7% (25-30 лет). Во втором триместре по сравнению с первым, число обратившихся к стоматологу снизилось в 2,2 раза, среди беременных в возрасте до 20 лет, до 1,5 раза – 30 летних. В третьем триместре число обратившихся к специалисту не превысило 5%.

По нашему мнению, однозначно то, что выявление причин, интенсивности и активности кариеса, которое возрастет с увеличением срока беременности, может способствовать сокращению число случаев удаления зубов. Решение данного вопроса требует необходимости выделения прогностических маркеров, которые в процессе течения беременности ассоциированы с неблагоприятным течением стоматологического заболевания. Известным фактом является то, что к прогностическим маркерам можно отнести фактор окружающей среды, поведенческий или биологический фактор. От степени вовлеченности данных маркеров, зависит исход проводимого лечения. Среди беременных женщин, обратившихся на протяжении трех лет (2014-2016 гг.) за стоматологической помощью по поводу кариеса, первичный кариозный процесс наблюдался у (84,2 %) пациенток.

Оценка распространенности кариеса зубов, среди 292 беременных женщин за последние 3 года 2014 - 2016 гг., производилось на основе расчета на 100 человек. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности кариеса среди беременных женщин, показатели колебались от 93,6% - 2014 г до 97,9% в 2016 г. Следовательно, каждая девятая беременная женщина страдает кариесом.

В 2014 г. у беременных женщин в возрасте до 20 лет кариес регистрировался чаще чем в 2016 г. (96,8% и 92,5%) соответственно. И в других возрастных группах в 2016 г. женщины с анемией несколько реже болели кариесом, чем 2014 и 2015 гг. С увеличением возраста 30 лет и старше частота регистрации кариеса во все анализируемые годы была выше (97,4% -2014, 99,4% – 2015 и 99,8% – 2016).

В динамике наблюдения показатель индекса КПУ среди анализируемых групп имел выраженную тенденцию к снижению. Так, в 2014 г. и 2015 г. интенсивность кариеса составила $10,36 \pm 0,25$ и $10,43 \pm 0,28$, соответственно, тогда как в 2016 г. снизилось и составляло $9,97 \pm 0,33$ ($p < 0,05$). Выявленная тенденция снижения среднего индекса КПУ связано с позитивной тенденцией индекса КПУ у беременных возраст которых колебался от 25 до 35 лет. Среди женщин других возрастных групп показатель КПУ в процессе мониторинга статистически значимо не изменялся ($p > 0,05$).

Полученные результаты статистических данных о составных частях КПУ, характеризуют наличие достаточно значимых проблем в связанных со стоматологическим здоровьем беременных женщин. Результаты

научных исследований продемонстрировали, что частота индивидуальной потребности беременных женщин (БЖ) в санации колебалась от 2,42 (в 2016 г.) до 3,15 (в 2014 г.). Основными причинами, требующими вмешательства специалиста, были кариозные зубы и как следствие этого потребность в удалении от 0,40 (2016 г.) до 0,60 (2014 г.) по причине разрушения зубов. За 3 года мониторинга в составляющих компонентах КПУ свыше 56,8 % (60,5 % в 2016 г., 70,87 % в 2014 г.) были представлены кариесом («К»), удаленные («У») зубы. Установлен тот факт, что повышение части «П» в составе КПУ от 22,4 % в 2014 г. до 35,2 % в 2016 г. вероятно связано с расширением служб оказывающий стоматологическую помощь, что способствовало систематизации планового оздоровления ротовой полости.

Зачастую от срока постановки на учет беременной женщины, зависит ее исход, уровень и возможности оказания помощи врачом стоматологом. За последние три года число женщин, вставших на учет в центр репродуктивного здоровья для проведения антенатального наблюдения, в первом триместре имело четкую тенденцию к росту с 51,2 %, в 2014 г. до 73,8 % в 2016 г. соответственно показатель наблюдения у врача стоматолога также возрос ($p < 0,001$).

Анализ заболеваемости кариесом зубов по индекс КПУз имел статистически достоверную разницу роста ($P < 0,05$) с $0,24 \pm 0,02$ – 2014 до $0,34 \pm 0,01$ – 2016 г., такая же тенденция выявлена и с индексом КПУп $0,19 \pm 0,05$ – 2014 и $0,33 \pm 0,02$ – 2016. Показатели частоты рецидива и вторичных проявлений кариеса в пересчете на одну беременную женщину имела статистически достоверную разницу между годами, в 2014 ($0,26 \pm 0,04$), 2016 ($0,31 \pm 0,03$).

Динамика наблюдения за беременными женщинами у стоматолога при сроке гестации от 12 до 20 недель, не имело существенной разницы – 38,3 % - 41,1 % ($p < 0,001$). Динамическое трехлетнее (2014-2016 гг.) наблюдение стоматологом за беременными женщинами, после 20 недели, значительно уменьшилось – с 29,3% % в 2014 г. до 22,5% в 2016 г. ($p < 0,001$).

По причине раннего взятия на учет показатели заболеваемости кариесом имели тенденцию к росту. Одной из причин данного факта, на наш взгляд, является то, что более четверти (25,6%) женщины обратились за первичным осмотром к стоматологу после 20 недели гестации. Нельзя исключить и тот факт, что, часть кариозных поражений, выявленных у женщин при первичном обследовании, появились за время текущей беременности.

Анализ потребности беременных женщин в стоматологических услугах в пересчете на одну женщину показал, что за последние три года 2014 – 2016, практический не изменился. Так показатель кариеса подлежавшего лечению на одну женщины в 2014 – $3,03 \pm 0,02$, 2016 - $3,33 \pm 0,05$. Другой компонент КПУ, число удаленных зубов на одну беременную женщины за эти же сроки, также существенно не отличался

2014 - $0,49 \pm 0,044$, - 2016 - $0,43 \pm 0,044$, статистического различия не выявлено.

Распределение беременных женщин по степени тяжести ЖДА не производилось. Проведенный анализ показал, что интенсивность кариеса с учетом триместра беременности практически не отличается. Кариесом низкой интенсивности, страдали каждая 4 (25,1%) беременная женщина, с увеличением срока беременности частота кариеса данной интенсивности снижается до (14,4%). Кариесом средней интенсивности страдали более половины обследованных беременных женщин. Во втором триместре выявлен некоторый рост до 2/3 (62,5%) числа больных страдающих кариесом средней интенсивности. Однако, необходимо отметить тот факт, что в III триместре по сравнению с I и II триместрами число беременных женщин с высокой интенсивностью кариеса возрастало до 30,4%, по сравнению с 21,7% и 22,9% в I и во втором триместрах соответственно. По нашему мнению выявленный факт связан со снижением частоты низкой интенсивности кариеса.

озрастание срока беременности провоцируют прогрессирование пародонтопатии, с завершением беременности клиническая картина улучшается. Беря во внимание тот факт, что беременность сама относится к особой ситуации женского организма востребованность в стоматологической помощи в данной ситуации определены несколькими моментами:

- потребностью плановой санации полости рта направленное на укрепление и сохранение здоровья матери и как следствие этого содействовать наиболее оптимальным условиям для развития плода;
- повышенная потребность в стоматологических услугах, по причине специфических изменений возникающих при беременности в ротовой полости женщин;
- повышенная вероятность активизации инфекционных агентов в хронических одонтогенных очагах инфекции.

Возникающие изменения в составе ротовой жидкости при беременности провоцируют изменения состояния твердой тканей зубов и пародонта причиной которого за частую является неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта.

С целью проведения анализа частоты изменения структурных компонентов индекса СРITN, под нашим наблюдением находились 56 женщин, из них – 24 (42,8%) не страдали анемией у 32 (57,1%) женщин имело место анемия. Результаты исследования показали, что поражение пародонта на фоне нормальной беременности в 2,1 раз выше, чем у этих же женщин вне беременности, в то время при осложнении беременности ЖДА – разница возрастает в 3,4 раза, чем до беременности различия статистически достоверны ($P < 0,001$). Распространенность кариеса зубов как у женщин с нормальной беременностью и с ЖДА практически не отличается и составляет 97,3% - 100%. Анализ частоты кариеса у беременных с физиологическим течением показал, что в 1,66 раз выше, чем до беременности. При

патологическом течении беременности с токсикозами интенсивность кариеса зубов в 2,0 раза выше, чем до беременности. Необходимо отметить то, что беременность сама по себе способствует повышению пораженности твердых тканей зубов, и как следствие этого усугублению течения патологического процесса тканей пародонта, особенно если беременность усугубляется экстрагенитальной патологией.

В настоящее время, по данным статистики, среди беременных женщин распространенность стоматологических заболеваний остается высокой имея тенденцию к изменению в зависимости от региона проживания, где в структуре стоматологических заболеваний превалирует кариес, данный факт подтверждается и нашими исследованиями, распространенность кариеса составляет более 92,4%. На наш взгляд, одной из основных причин, является, низкая санитарная культура молодых женщин, относящихся к профилактике заболеваний зубов, соблюдение гигиены полости рта. Все это зачастую влечет за собой предвзятое отношение, к терапевтической стоматологической помощи в гестационном периоде и отказом от лечения кариеса. Зачастую на местах отсутствует система стоматологического мониторинга беременных женщин.

Подтверждением сказанному является то, что в процессе стоматологического осмотра были выявлены такие аномалии, как: отсутствие резцов, клыков и премоляров как на верхней и нижней челюстях (23,4%), скученность в резцовых сегментах (65,6%), патология соотношения моляров (33,32%). Каждая 15 женщина нуждалась в проведении ортодонтического лечения. Принимая во внимание мнение О.Э. Хидирбегишвили (2006) появление кариозного процесса на границе поставленной пломбы, может констатировать наличие рецидива кариеса. Возможным фактором появления вторичного кариозного процесса, является некачественное лечение и пломбирование полости, как следствие допущение дефектов препаровки зубов, не исключается также вероятность усадки пломбировочного материала.

Анализ данных о глубине поражения кариеса у беременных женщин с анемией и без нее, показало, что среди женщин страдающих анемией первичный кариес, по сравнению с женщинами, беременность которых протекает без анемии, регистрируется чаще 10% и 12,6% соответственно. Наиболее показательная разница выявлена среди обследованных групп женщин по наличию глубокого кариеса. Под понятием «глубокий кариес», мы ориентировались не столько на абсолютную глубину поражения зуба кариесом, в частности имели в виду (расстояние от поверхности зуба до дна кариозной полости), сколько глубина полости от дна кариозной полости до пульпы, ориентировочным критерием было наличие и степень выраженности синдрома боли. Проведя сравнительный анализ среди беременных женщин обеих групп, установлено, что глубокий кариес у беременных женщин с анемией (39,3%) по сравнению с женщинами без анемии (13,3%) почти в 3 раза встре-

чается чаще выявленная разница статистически достоверно ($P < 0,001$).

Такая же динамика выявлена и по другим проявлениям, характеризующим глубину кариозного процесса. В частности рецидивный и вторичный кариес у беременных женщин не страдающих ЖДА, более чем в 1,5 раза реже регистрируется по сравнению с женщинами беременность которых протекает на фоне анемии, рецидивный – 20,0% и 34,6%; вторичный кариес 6,6% и 13,3% соответственно ($P < 0,05$).

При оценке степени интенсивности кариеса, нами были использованы рекомендации ВОЗ (1981): 0-1,5 - очень низкая интенсивность; 1,6-6,2 - низкая; 6,3-12,7 - средняя; 12,8-16,2 - высокая; более 16,2 - очень высокая.

На интенсивность кариозного процесса существенное влияние оказывают очаги инфекции локализованные в ротовой полости, которые за частую носят скрытый характер. Сама беременность способствует снижению сопротивляемости организма женщины. Если беременность осложнилась экстрагенитальной патологией в частности ЖДА, возникающие изменения реактивности, способствуют активизации местного воспалительного процесса, что в свою очередь приводит к возникновению серьезных осложнений. Распределяя интенсивность воспалительной реакции по триместрам беременности, надо отметить то, что наиболее выражено данный процесс протекает в тканях пародонта во II триместре беременности, хотя пик роста кариесогенного процесса приходится на III триместр. Результаты проведенных нами исследований дают возможность констатировать тот факт, что увеличение поражения твердых тканей зубов и наиболее тяжелое течение патологии тканей пародонта при беременности является следствием тяжелой патологии.

Выводы

Нами установлено, что на ранних сроках беременности начинается процесс по изменению состояния твердых тканей зубов и пародонта. На фоне нормально протекающей беременности частота регистрации кариеса зубов составляет более 91%, тогда как патология тканей пародонта регистрируется до 90% случаев. Пораженность ранее интактных зубов – у беременных женщин с анемией возрастает до 95,6%. В тоже время гингивиты беременных выявляются у половины беременных с нормально протекающей беременностью. По мере увеличения гестационного срока патологический процесс начинает прогрессировать и, в большинстве случаев, протекает по типу диффузного катарального или гипертрофического гингивита. Возникающая ситуация требует необходимости в организации и проведения превентивных мероприятий на протяжении всего срока беременности.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал принимает к публикации оригинальные сообщения по актуальным вопросам медицинской науки и здравоохранения, содержащие новые существенные научные результаты, имеющие приоритетный характер.

Памятка автора

Правила оформления рукописей:

I. Статья представляется в 2 экземплярах на узбекском или русском языке с сопроводительным письмом, экспертным заключением и рефератами (10-15 строк) на узбекском, русском и английском языках. Статья должна иметь визу вышестоящего лица на право опубликования, заверенную круглой печатью, и сопроводительное письмо за подписью вышестоящего лица. Если статья выполнена в двух и более учреждениях, она должна иметь направления из каждого. Если один из авторов является директором НИИ, ректором учебного заведения или главным врачом лечебного учреждения, необходимо направление Минздрава.

Акт экспертизы должен быть заверен печатью. Рядом с подписями обязательно указываются фамилии.

II. Статья должна быть набрана на компьютере и представлена с дискетой (шрифт 14, расстояние между строками 1,5). Поля сверху, снизу и слева – 20 мм, справа – 10 мм.

Представленные на дискетах статьи должны быть набраны на компьютере в программе Microsoft Word for Windows 95/98.

III. На титульной странице указываются:

- полное название статьи;
- ключевые слова;
- ученая степень, научное звание, инициалы и фамилии авторов;
- название учреждения, в котором выполнена работа;
- телефоны автора, с которым следует вести редакционную работу.

Статья обязательно должна иметь визу руководителя работы на право ее опубликования. В конце статьи ставятся подписи всех авторов.

IV. Структура статьи. Статья должна содержать следующие разделы:

- вводная часть;
- материалы и методы;
- результаты;
- обсуждение;
- выводы;
- литература.

Каждый раздел статьи (кроме вводной) следует выделить.

Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Изложение должно быть ясным, сжатым, без длинных введений, повторений и дублирования в тексте таблиц и рисунков.

Слова, которые, по мнению автора, должны быть выделены, подчеркиваются в тексте. Специальные буквенные шрифты и символы (например, буквы греческого алфавита), а также ссылки на рисунки и таблицы выносятся на левое поле при первом упоминании.

Единицы измерения должны быть выражены в единицах Международной системы (СИ). При необходимости в скобках после единиц измерения СИ может быть указана размерность в других системах.

V. Оформление иллюстраций. Рисунки должны быть выполнены черной тушью, фотографии, эхограммы, доплерограммы, рентгенограммы – контрастны. На обороте каждой иллюстрации карандашом указывается верх и низ, номер рисунка, фамилия первого автора и название статьи. Иллюстрации должны быть пронумерованы согласно порядку их следования в тексте.

Подписи к рисункам печатаются на отдельной странице с указанием номера рисунка. В подписях к микрофотографиям указывается метод окраски, увеличение окуляра и объектива.

VI. Оформление таблиц. Каждая таблица печатается на отдельной странице через 2 интервала. Все таблицы должны иметь название и при необходимости – подстрочные примечания. Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы исследования.

VII. Оформление формул. В формулах необходимо размечать:

- строчные и прописные буквы (прописные обозначаются двумя черточками снизу, а строчные – двумя черточками сверху);
- латинские и греческие буквы (латинские обводятся синим цветом, греческие – красным);
- подстрочные и надстрочные буквы и цифры.

VIII. Оформление литературы. В библиографию вносятся работы всех упомянутых авторов (но не более 10 работ, опубликованных только за последние 10 лет). Список литературы составляется в соответствии с библиографическими правилами и помещается в конце статьи. Библиография составляется строго в алфавитном порядке по фамилии первого автора и в хронологическом, если приводится несколько публикаций одного и того же автора.

В списке обязательно должны быть приведены: по книгам – фамилия автора и его инициалы, полное название книги, место и год издания; по журналам, сборникам, научным трудам – фамилия автора и его инициалы, название журнала, сборника, научного труда, год, номер, страницы – от и до. В список не включаются неопубликованные работы, диссертационные работы и авторефераты к ним, учебники.

Проверенный список литературы должен быть подписан автором. Невыверенный список литературы к публикации не допускается.

В тексте ссылки на библиографические указатели обозначаются цифрами согласно списку использованной литературы.

IX. Статьи, оформленные без соблюдения данных правил, редакцией не принимаются.

X. Редакционная коллегия вправе отклонить публикацию материалов (в том числе и получивших положительную рецензию).