

СТОМАТОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2091-5845

№ 2
(79) 2020

24

Оказание стоматологической помощи в период реформ здравоохранения

51

Результаты лечения при использовании съемного протезирования с опорой на имплантаты

73

ВИЧ в стоматологической практике: современное состояние проблемы

«Stomatologiya» - илмий-амалий журнал

1998 йилда асос солинган

Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги
томонидан 15 август 2007 йилда қайта
рўйхатга олинган.
Гувоҳнома № 0289.

STOMATOLOGIYA

№ 2, 2020 (79)

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ЖУРНАЛ

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

ТАХРИРИЯТ МАНЗИЛГОҲИ:

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

Дизайнер ва компьютерда терувчи:

Е.Алексеев

Мухаррир О.А.Козлова

Баҳоси келишилган нархда.

Рекламани чоп қилиш ҳақ тўлаш йўли
билан амалга оширилади. Реклама
матнининг тўғрилиги бўйича жавоб-
гарлик реклама берувчи зиммасидадир.
Қўлёзмалар, суратлар ва расмлар
такриз қилинмайди ҳамда эгасига
қайтарилмайди. Келтирувчи фактлар-
нинг тўғрилиги, рақамли материал-
ларнинг аниқлиги, препаратларнинг
номлари, атамалар, илмий-адабий ман-
балар, исм ва фамилияларнинг тўғри-
лиги учун жавобгарлик муаллифларнинг
ҳамда таҳририят хайъатининг зимма-
сидадир.

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

Масъул котиб: т.ф.н. Усмонов Ф.К.

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.
Акбаров А.Н., т.ф.д., проф.
Алиева Р.К. (Озарбайжон), т.ф.д., проф.
Алимов А.С., т.ф.д., проф.
Амануллаев Р.А., т.ф.д., проф.
Бекжонов О.Е., т.ф.д., проф.
Гасюк П.А. проф. (Украина).
Ғаффаров С.А., т.ф.д., проф.
Иноятв А.Ш. (Бухоро), т.ф.д., проф.
Ирсалиев Х.И., т.ф.д., проф.
Колбаев А.А. (Қирғизистон), т.ф.д. проф.
Комилов Х.П., т.ф.д., проф.
Мазур И.П. (Украина), т.ф.д., проф.
Максимовская Л.Н. (Россия), т.ф.д. проф.
Маргвелашвили В.В. (Грузия), т.ф.д. проф.
Мухамедов И.М., т.ф.д. проф.
Ризаев Ж.А., т.ф.д. проф.
Трунин В.А. (Россия), т.ф.д., проф.
Хабилов Н.Л., т.ф.д. проф.
Ҳасанов А.И., т.ф.д.
Юлдошев И.М. (Қирғизистон), т.ф.д. проф.

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ

Абдуқодиров А.А. (Тошкент), т.ф.д. проф.
Боймуродов Ш.А. (Тошкент), т.ф.д. проф.
Ғуломов С.С. (Тошкент), т.ф.д. проф.
Даминова Ш.Б., т.ф.д. проф.
Есембаева С. С. (Қозоғистон), т.ф.д. проф.
Исмоилов М.М. (Фарғона)
Кисельникова Л.П. (Россия), т.ф.д. проф.
Қурбонов Ф.Р. (Хоразм)
Норбўтаев А.Б. (Самарқанд)
Рузуддинов С.Р. (Қозоғистон), т.ф.д., проф.
Тоиров У.Т. (Тожикистон), т.ф.д., проф.
Тулаганов Б.О. (Тошкент вилояти)
Ўзоқберганова У.А. (Нукус)
Усмонов Р.Р. (Андижон)
Ҳасанова Л.Э. (Тошкент), т.ф.д.
Худанов Б.О. (Тошкент), т.ф.д.
Шукурова У.А., (Тошкент), т.ф.д.

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

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

STOMATOLOGIYA

№ 2, 2020 (79)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

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: stomjurnal.tibbiyot.com.

Оригинал-макет изготовлен в «Янги аспр авлоди».

Дизайн, компьютерный набор и верстка
Е.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 не зарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения. Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются. Авторы и редакционная коллегия несут ответственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имён и фамилий.

Главный редактор: д.м.н., проф. Р.Н. Нигматов
Ответственный секретарь: к.м.н. Ф.К. Усманов

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.
Акбаров А.Н., д.м.н., проф.
Алиева Р.К. (Азербайджан), д.м.н., проф.
Алимов А.С., д.м.н., проф.
Амануллаев Р.А., д.м.н., проф.
Бекжанова О.Е., д.м.н., проф.
Гасюк П.А. проф. (Украина).
Гаффаров С.А., д.м.н., проф.
Иноятлов А.Ш. (Бухара), д.м.н., проф.
Ирсалиев Х.И., д.м.н., проф.
Калбаев А.А. (Кыргызстан), д.м.н., проф.
Комилов Х.П., д.м.н., проф.
Мазур И.П. (Украина), д.м.н., проф.
Максимовская Л.Н. (Россия), д.м.н., проф.
Маргвелашвили В.В. (Грузия), д.м.н., проф.
Мухамедов И.М., д.м.н., проф.
Ризаев Ж.А., д.м.н., проф.
Трунин В.А. (Россия), т.ф.д., проф.
Хабилов Н.Л., д.м.н., проф.
Хасанов А.И., д.м.н.
Юлдошев И.М. (Кыргызстан), д.м.н., проф.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абдукадиров А.А. (Ташкент), д.м.н., проф.
Баймуродов Ш.А. (Ташкент), д.м.н., проф.
Ғулямов С.С. (Ташкент), д.м.н., проф.
Даминова Ш.Б., д.м.н., проф.
Есембаева С. С. (Казахстан), д.м.н., проф.
Исмаилов М.М. (Фергана)
Кисельникова Л.П. (Россия), д.м.н., проф.
Курбанов Ф.Р. (Харезм)
Нарбутаев А.Б. (Самарканд)
Рузудинов С.Р. (Казахстан), д.м.н., проф.
Тоиров У.Т. (Таджикистан), д.м.н., проф.
Туляганов Б.О. (Ташкентская обл.)
Узакбергганова У.А. (Нукус)
Усманов Р.Р. (Андижан)
Хасанова Л.Э. (Ташкент), д.м.н.
Худанов Б.О. (Ташкент), д.м.н.
Шукурова У.А., (Ташкент), д.м.н.

Содержание

Организация, эпидемиология и история

Мусаев У.Ю., Ризаев Ж.А. Инновационные обучающие технологии: активные и интер-активные методы обучения в стоматологической практике при непрерывном последипломном образовании	7
Шамирзаев Н.Х., Гулманов И.Д. Опыт образовательных ХАБов в странах Азии.....	11
Салимов О.Р., Акбаров А.Н., Хабилов Н.Л., Усмонов Ф.К., Нигматова Н.Р., Шоахмедова К.Н. Оценка эффективности биоактивного покрытия для отечественного дентального имплантата	15
Усмонов Р.Р., Мансуров А.А., Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т. Методики оказания физиотерапевтической помощи стоматологическим больным в областной стоматологической поликлинике г. Андижан.....	19
Исомов М.М., Шомуродов К.Э., Олимжонов К.Ж. Мониторинг стационарной и амбулаторной реабилитации беременных женщин с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области	21
Мукимов О.А., Исанова Д.Р. Оказание стоматологической помощи в период реформ здравоохранения	24

Терапевтическая стоматология

Ибрагимова М.Х., Ubaidullaeva Н.И., Камилова А.З. Клинико-биохимическая оценка содержания сывороточных желчных кислот больных с хроническим катаральным гингивитом ассоциированный хроническим калькулезным холециститом.....	28
Бекжанова О.Е., Абдулхакова Н.Ш., Олимжонов К.Ж. Видовой и количественный состав микрофлоры корневых каналов зубов у пациентов с хроническим периодонтитом	32
Бекжанова О.Е., Юльбарсова Н.А. Психологический статус пациентов с хронической рецидивирующей трещиной губ.....	35
Alimova D.M., Bahramova F.N. Analysis of the microflora of the oral cavity in the clinical course of the chronic recurrent arthrosis of stomatitis.....	37
Усмонов Р.Р., Мансуров А.А., Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т. Физические методы лечения периодонтитов.....	41

Content

The organization, epidemiology and history

Musaev U. Yu., Rizaev Zh. A. Innovative teaching technologies: active and interactive teaching methods in dental practice in continuous postgraduate education	7
Shamirzaev N. H., Gurmanov I. D. Experience of educational Hubs in Asian countries.....	11
Salimov O. R., Akbarov A. N., Khalilov N. L., Usmanova F. K., Nigmatova N. R., Shayakhmetova K. N. Evaluating the effectiveness of bioactive coatings for domestic dental implants.....	15
Usmonov R. R., Mansurov A. A., Eshbadalov H. Yu., Makhkamova F. T. Physiotherapeutic assistance methods dental patient in the regional dental polyclinic of Andizhan city.....	19
Isomov M. M., Shomurodov K. E., Alimzhanov K. Zh. Monitoring of inpatient and outpatient rehabilitation of pregnant women with inflammatory diseases of the maxillofacial region.....	21
Mukimov O. A., Isanova D. R. Dental care during health care reform	24

Therapeutic dentistry

Ibragimova M. Kh., Ubaidullaeva N. I., Kamilova A. Z. Clinical and biochemical assessment of serum bile acid content in patients with chronic catarrhal gingivitis associated with chronic calculous cholecystitis.....	28
Bekzhanova O. E., Abdulkhakova N. Sh., Olimjonov K. Zh. Species and quantitative composition of microflora of the root canals of teeth in patients with chronic periodontitis	32
Bekzhanova O. E., Yulbarsova N. A. Psychological status of patients with chronic recurrent lip crack ...	35
Alimova D. M., Bahramova F. N. Analysis of the microflora of the oral cavity in the clinical course of the chronic recurrent arthrosis of stomatitis.....	37
Usmonov R. R., Mansurov A. A., Eshbadalov H. Yu., Makhkamova F. T. Physical treatments for periodontitis	41

Хирургическая стоматология

Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т., Фаттаева Д.Р., Пулатов Н.Х., Хидирова Д.Т., Юсупов Н.Ш. Применение фаргалса и иммунокта в комплексном лечении при острых одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области 43

Боймуратов Ш.А., Сабиров Э.Э. Хирургического устранения рецессии десны с использованием различных видов трансплантационной техники 46

Ярмухамедов Б.Х., Амануллаев Р.А., Газиева Э.В., Рахматов А.А. Махудов М.Б. Результат проведения дентальной имплантации осуществляемые при контроле местного иммунного гомеостаза у пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне соматической патологии 48

Ортопедическая стоматология

Салимов О.Р., Сафаров М.Т., Нигматова Н.Р. Результаты лечения при использовании съемного протезирования с опорой на имплантаты 51

Инояттов А.Ш., Ирсалиева Ф.Х., Разжабов О.А. Клинико-функциональные изменения полости рта при использовании металлокерамических зубных протезов 56

Ортодонтия

Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Кадыров Ж.М., Холмирзаев Р.А. Дифференцированный подход к коррекции речи детей с открытым прикусом 59

Стоматология детского возраста

Мухамедов И.М., Махсумова С.С., Махсумова И.Ш., Шамуратова Р.К., Бердиева М.С. Микроэкология полости рта у детей больных герпетическим стоматитом до и после лечения 63

Обзорные статьи

Саркисян Н.Г., Зараев П.И., Хлыстова К.А., Юффа Е.П. Определение гальванического состояния полости рта при наличии металлических включений 66

Даминова Н.Р., Исаков С.Ш. Клинические особенности воспалительных заболеваний пародонта у больных пузырчаткой 70

Surgical dentistry

Eshbadalov Kh.Y., Makhkamova F.T., Fattaeva D.R., Pulatov N.Kh., Hidirova D.T., Yusupov N.Sh. Use of fargals and immunokta in complex treatment of acute odontogenic suppurative inflammatory diseases of maxillofacial area 43

Boymuradov Sh.A., Sabirov E.E. Surgical removal of gum recession using various types of transplant technology 46

Yarmukhamedov B.Kh., Amanullaev R.A., Gazieva E.V., Rakhmatov A.A. Makhudov M.B. The result of dental implantation carried out in the control of local immune homeostasis in patients with inflammatory periodontal diseases on the background of somatic pathology 48

Orthopedic Dentistry

Salimov O.R., Safarov M.T., Nigmatova N.R. The results of treatment using removable prosthetics based on implants 51

Inoyatov A.Sh., Irsaliev F.Kh., Razhabov O.A. Clinical and functional changes in the oral cavity when using ceramic-metal prostheses 56

Orthodontics

Nigmatov R.N., Nigmatova I.M., Kadyrov Zh.M., Kholmiraev R.A. Differentiated approach to speech correction of children with an open bite 59

Pediatric Dentistry

Mukhamedov I.M., Makhsumova S.S., Makhsumova I.Sh., Shamuratova R.K., Berdiyeva M.S. Microbiology of oral cavity in children with acute herpetic stomatitis before and after treatment 63

Reviews

Sargsyan N.G., Zaraev P.I., Khlystova K.A., Yuffa E.P. Determination of the galvanic state of the oral cavity in the presence of metal inclusions 66

Daminova N.R., Isakov S.Sh. Clinic features of inflammatory parodontal diseases in pemphigus patients 70

Ризаев Ж.А., Хасанова Л.Э., Мавлянова Н.Т.
ВИЧ в стоматологической практике: современное
состояние проблемы 73

Иргашев И.К., Махсудов С.Н. Взаимосвязь
между миофункциональными нарушениями и
зубочелюстными аномалиями 77

Муртазаев С.С., Афакова М.Ш. Современные
аспекты сроков прорезывания и минерализации
постоянных зубов у детей школьного
возраста 83

**Kholiqov A. A., Yuldashev A.A., Fattayeva D.R.,
Olimjonov K.A.** Jaw fracture. diagnostics and
treatment 88

Мусаев У.Ю. Модернизации непрерывного
последипломного образования врачей-стомато-
логов посредством приме-нения активных и
интерактивных методов обучения 93

Проблемы смежных специальностей

Шамсиев Д.Ф., Рўзматов Қ.М. Ҳикилдоқ-
нинг бурмалар ости чандикли торайишларини
ташхислаш ва самарали даволаш усуллари 96

Шокирова Ш.Д. Ринолалик болалар нутқи ва
овозининг ўзига хос хусусиятлари 99

**Сатторов Ш.Ш., Ходжибекова Ю.М.,
Акратова Н.А.** Объемные образования слюнных
желез: тактика лучевого обследования 103

Rizaev Zh.A., Khasanova L.E., Mavlyanova N.T.
HIV in dental practice: current status of the
problem 73

Irgashev I.K., Makhsudov S.N. The relationship
between myofunctional disorders and dentofacial
anomalies 77

Murtazaev S.S., Afakova M. Sh. Modern aspects of
the timing of eruption and mineralization of permanent
teeth in school-age children 83

**Kholiqov A. A., Yuldashev A.A., Fattayeva D.R.,
Olimjonov K.A.** Jaw fracture. diagnostics
and treatment 88

Musaev U. Yu. Modernization of continuing
postgraduate education of dentists through the use of
active and interactive teaching methods 93

The problems of related specialities

Shamsiev D.F., Rozmatov K.M. Optimization
of treatment methods for patients with ligamentous
ligament stenosis 96

Shakirova Sh.D. Features of speech and voice of
children with rhinolalia 99

**Sattorov Sh.Sh., Khodzhibekova Yu.M., Akramova
N.A.** Volumetric formations of the salivary glands:
radiation examination tactics 103



Президент Узбекистана Шавкат Мирзиёев 18 марта обратился к народу в связи с эпидемией коронавируса – COVID-19 в мире. Глава государства призвал граждан соблюдать спокойствие и следовать рекомендациям врачей. По словам узбекского лидера, ситуация находится под полным контролем специалистов, поэтому повода для беспокойства нет.

«Наш народ, переживший множество испытаний, повидавший и взлеты, и падения, правильно понимает сложившуюся ситуацию и подходит к вопросу сознательно. Религиозные деятели во главе с муфтием в своих молитвах просят мира и спокойствия нашей стране, заболевшим желают выздоровления. Все мы, независимо от национальности, языка и убеждений, сплочены и уверены, что эти трудности будут обязательно преодолены», – подчеркнул Мирзиёев.

Он призвал население следовать рекомендациям врачей, строго соблюдать правила личной гигиены и санитарии дома, в кругу семьи, а также на работе. Самое главное, отметил президент, своевременно обращаться за медицинской помощью в случае недомогания.

Помимо непосредственно санэпидемиологических мер, узбекский лидер затронул и социально-экономический аспект внешней угрозы. Правительство и соответствующие структуры ведут работу по недопущению роста цен на продовольствие, медикаменты и товары первой необходимости.

«В нашей стране имеются достаточные резервы, нет никаких оснований для беспокойства или паники. Вместе с тем мы должны противостоять проблеме вместе, действуя как единое целое. Надеюсь, что все государственные и негосударственные организации, наши уважаемые представители старшего поколения, активисты махалли, женских и молодежных организаций усилят работу по достоверному, объективному и широкому разъяснению через средства массовой информации», – заявил Шавкат Мирзиёев.

По прогнозам ученых, ситуация с вирусами и пандемией будет повторяться неоднократно. Это абсолютно изменит картину занятости труда населения не только Узбекистана, но и всей Земли. Уже давно говорили о том, что профессии стремительно меняются и появляются абсолютно новые, а технологии меняют мир.

Кто больше пострадал? Нынешняя ситуация с COVID-19 показала, что тяжелее всего приходится тем людям и профессиям, которые в наименьшей степени связаны с технологиями и зависят от чьих-то указаний. Легче всего было перестроиться людям, которым свойственна самодисциплина, критическое и творческое мышление, умение решать проблемы самостоятельно и инициативно. Это показывает, что для спасения экономики и возможности людей работать из дома нужно готовить другие кадры и вырабатывать другие навыки, не те, что были в XX веке.

Способности работать от звонка до звонка будет недостаточно. Таких работников должны будут заменить люди, свободно владеющие технологиями, компьютерами, языками. В век глобализации нельзя ограничиваться знанием одного языка, так как языки являются мощным ключом для получения доступа к информации в разных странах. Для Узбекистана особенно важно использовать ресурсы уже имеющегося русского языка, развивать английский и другие мировые языки. Нужно внедрять электронное образование и покупать доступ к мировым образовательным ресурсам и онлайн-библиотекам, чтобы дети могли иметь одинаковый доступ к обучению даже в такое тяжелое время, как пандемия.

Теперь о журнале: как всегда, широко и полно представлена на страницах журнала наука и медицинская практика. Научно-исследовательские и практические материалы, на этот раз, посвящены таким проблемам, как инновационные обучающие технологии: активные и интерактивные методы обучения в стоматологической практике при непрерывном последипломном образовании; оказание стоматологической помощи в период реформ здравоохранения; хирургического устранения рецессии десны с использованием различных видов трансплантационной техники; дифференцированный подход к коррекции речи детей с открытым прикусом, ВИЧ в стоматологической практике и многие другие.

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

**С уважением,
профессор Р. Н. Нигматов
гл. редактор журнала Stomatologiya**

УДК:001.895:[378.147+378.147.227]:616.314-378.046.4/048.2

ИННОВАЦИОННЫЕ ОБУЧАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ: АКТИВНЫЕ И ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ НЕПРЕРЫВНОМ ПОСЛЕДИПЛОМНОМ ОБРАЗОВАНИИ



Мусаев У. Ю., Ризаев Ж. А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Новая образовательная стратегия вызвала к жизни и новые тактические подходы к её реализации, обуславливая потребность в активных и интерактивных методах обучения. Поэтому широкое использование в современном образовательном процессе высшей медицинской школы активных и интерактивных форм проведения занятий в сочетании с внеаудиторной работой для формирования и развития профессиональных компетенций, обучающихся [2,3].

Активные методы – это способы активизации учебно-познавательной деятельности обучающихся, которые побуждают их к активной мыслительной и практической деятельности в процессе овладения материалом, когда активен не только преподаватель, но и студенты. В основе традиционного объяснительно-иллюстративного подхода к обучению лежит принцип передачи студентам знаний в готовом виде. В случае же использования активных методов происходит смещение акцентов в направлении активизации умственной деятельности обучающегося [1,6].

Активные методы обучения позволяют решить одновременно три учебно-организационные задачи:

1) подчинить процесс обучения управляющему воздействию преподавателя;

2) обеспечить активное участие в учебной работе как подготовленных, так и не подготовленных студентов;

3) установить непрерывный контроль за процессом усвоения учебного материала [1].

При применении активных и интерактивных методов обучения могут быть использованы следующие различные этапы учебного процесса:

1-й этап – первичное овладение знаниями.

Это могут быть проблемная лекция, эвристическая беседа, учебная дискуссия и т.д.

2-й этап – контроль знаний (закрепление).

Могут быть использованы такие методы как коллективная мыслительная деятельность, тестирование и т.д.

3-й этап – формирование профессиональных умений, навыков на основе знаний и развитие творческих способностей.

Использование моделированного обучения, игровые и неигровые методы [4,5].

Хотя многие исследователи внесли свой вклад в разработку классификации активных методов обучения, нами заимствованы следующие методы активного и интерактивного обучения: (табл. 1, 2)

Таблица 1

Активные методы (классификация А.М. Смолкина)

Неимитационные	Имитационные
● проблемная лекция, ● лекция вдвоём, ● лекция с заранее запланированными ошибками, лекция, пресс-конференция; ● эвристическая беседа; ● поисковая лабораторная работа студента; ● учебная дискуссия; ● самостоятельная работа с литературой семинары;	<i>игровые</i> ● деловая игра; ● педагогические ситуации; ● педагогические задачи; ● ситуация инсценирование различной деятельности <i>неигровые</i> ● коллективная мыслительная деятельность; ● ТРИЗ работа

● Активные методы обучения классифицируют: по численности учащихся:

- индивидуальные;
- групповые.

● месту проведения:

- аудиторные;
- внеаудиторные;
- экскурсионные.

● принципу использования вычислительной техники:

- ручные;
- компьютерные (использование ИКТ) [1,6].

Интерактивные методы более других соответствуют личностно-ориентированному подходу, так как они предполагают сообучение (коллективное, обучение в сотрудничестве), причем и обучающийся, и педагог являются субъектами учебного процесса [4,6]. Наиболее полная классификация методов интерактивного обучения выглядит так.

Классификация интерактивных методов обучения

- Творческие задания.
- Работа в малых группах.
- Обучающие игры.

Рольные.

Деловые.

Образовательные.

- Использование общественных ресурсов.

- Приглашение специалиста.

- Экскурсии.

- Социальные проекты.

- Соревнования.

- Выставки, спектакли, представления и т. д.

- Разминки (различного рода).

- Изучение и закрепление нового информационного материала.

- Интерактивная лекция.

- Ученик в роли учителя.

- Работа с наглядным пособием.

- Каждый учит каждого.

- Использование и анализ видео-, аудиоматериалов;

- Практическая задача, кейс-метод; разбор ситуаций из практики участника.

- Работа с документами.

Составление документов.

Письменная работа по обоснованию своей позиции.

- Обсуждение сложных и дискуссионных проблем.

- Тестирование, экзамен с последующим анализом результатов [1].

По отдельным позициям приведенных классификаций методы обучения с одним и тем же

названием (игры, нетрадиционные лекции) присутствуют среди активных и среди интерактивных. Это означает, что в зависимости от того, как мы будем их применять, данные методы могут активизировать познавательную активность студента в самостоятельной работе или вовлекать его в совместную учебную деятельность [4,5].

Цель исследования

Анализ эффективности непрерывного последипломного образования с применением интерактивных методов обучения в стоматологической практике

Материал и методы

Ежегодно свою квалификацию на кафедрах стоматологии в среднем повышают 600–800 врачей-стоматологов по различным дисциплинам:

– терапевтическая стоматология и детская терапевтическая стоматология;

– ортодонтия и протезирование зубов;

– факультетская и госпитальная ортопедическая стоматология и др.

Нами в учебный процесс внедрены новые общепринятые методы обучения с применением следующих активных и интерактивных методов обучения:

– метод малых групп и ролевых игр;

– проблемное обучение на лекциях;

– программированное обучение: стандартизированный пациент;

– использование симуляционных технологий обучения на муляжах и макетах;

– занятия на производстве (в клинике и поликлинической стоматологии),

– проведение научно-практических конференций по стоматологии;

– проведение мастер-классов по стоматологии и др.

Статистическая обработка результатов проведена пакетом Microsoft Excel 2017; для сравнения полученных результатов применяли критерий хи-квадрат (χ^2).

Результаты и обсуждение

Мониторинг проводился на основе диагностических анкет слушателей краткосрочных курсов повышения квалификации с учетом входного анкетирования. Для оценки качества обучения разработана специальная анкета. По результатам мониторинга можно выделить три основные цели прохождения курсов повышения квалификации: желание повысить уровень своего профессионального мастерства (25%), стремление овладеть современными технологиями (65%), повышение квалификационной категории (10%).

Результаты анкетирования по вопросу: «Какие формы обучения, на Ваш взгляд, наиболее про-

дуктивны для повышения профессиональной компетентности?». Наиболее продуктивными формами обучения согласно данным анкетного опроса являются: дискуссия (40%), круглый стол (35%), практическая работа и лекция (25%).

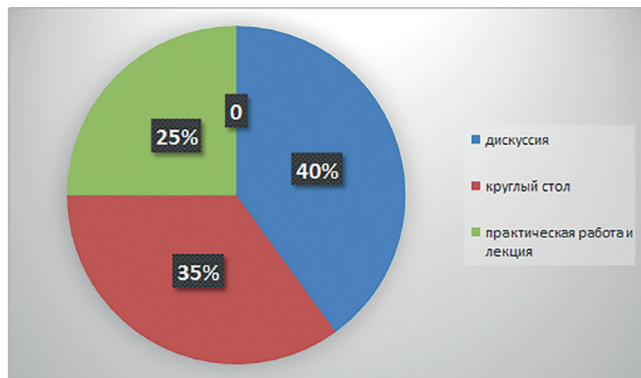


Рис. 1. Какие формы обучения, на Ваш взгляд, наиболее продуктивны для повышения профессиональной компетентности.

По вопросу: «По каким направлениям деятельности Вы испытываете трудности?» 32% слушателей указали, что испытывают научно-методические трудности в своей профессиональной деятельности, 18% слушателей отмечают исследовательские трудности, 2,5% слушателей указали на мониторинговые, организационные трудности.

Учитывая прогрессивное развитие информатизации и получение широкого доступа к последним достижениям науки, в процессе непрерывного самообразования имеется необходимость оценки знаний и умений использования компьютерных технологий. Согласно полученным данным, 90% слушателей курсов обучения оценили свой уровень владения навыками компьютера на «хорошо», это значит, что они без проблем смогут создавать текстовые, табличные документы, готовить презентации и работать в Интернете.

Изучение мнения слушателей (85%) показало, что наиболее интересными формами обучения являются интерактивные лекции, в том числе и размещенные на сайте, а также практическая задача, кейс-метод, разбор ситуаций из практики участника. Преподаватели курсов стараются максимально приблизить тематику занятий, форму их проведения к реальной клинической ситуации, с которой может столкнуться практический врач. Интересно, что 35% слушателей отдают предпочтение решению ситуационных задач, просмотру учебных видеофильмов.

На вопрос, понравились ли Вам интерактивная форма обучения положительный ответ дали 87,5% опрошенных. На вопрос, как они рассматривают обучение по разделу составленное расписание, 90% оценили его на 5 баллов, 10% на 4

балла, достаточность и качество предоставляемого материала в лекциях и практических занятиях 95% оценили на 5 баллов, 5% на 4 балла.

Наличие в лекциях новых современных данных 80% оценили на 5 баллов, 20% на 4 балла. В разделе анкеты «Ваши пожелания» слушатели написали рекомендации: развивать и совершенствовать дистанционное направление обучения, добавить электронные книги в библиотеку. В анкетах по окончании курса обучения 90% врачей-стоматологов отмечают доброжелательное отношение преподавателей, хороший уровень преподавания, положительно оценивают интерактивные методы обучения. Мы проанализировали оценки обучающихся по каждому из модулей, средний балл составил 4,3, что свидетельствует о высоком уровне усвоения материала обучающимися.

Качество знаний слушателей по результатам тестирования было оценено в 4,3 балла, на 0,9 балла выше, чем до начала обучения. На улучшение оценки знаний слушателей курсов повлияли такие обстоятельства как использование интернета, компьютерного класса, библиотеки, выездные экскурсии. На уровень знаний слушателей сказалась работа в команде, так как каждый слушатель вносит свой опыт и знания в решение ситуационных задачи при работе в малых группах, где студенты совместными усилиями проводили презентацию-проект. На результаты контроля знаний повлияла также работа по совершенствованию тестов, применения в тестах заданий.

По средству изучения мнения слушателей «Хотели бы Вы после окончания курсов поддерживать связь с центром повышения квалификации? и если да, то в какой форме?». Респонденты отвечают, что хотят поддерживать связь с институтом посредством консультаций, дистанционного обучения, чтобы специалисты курсов повышения квалификации выезжали в регионы для оказания практической помощи.

Анализ результатов анкетирования показал, что курсы повышения квалификации способствуют профессиональному росту врачей-стоматологов, поиску способов совершенствования научной и учебно-методической деятельности. Кроме того, на курсах повышения квалификации слушатели обмениваются мнениями, делятся опытом работы.

«Как Вы оцениваете свой профессиональный рост к концу обучения на курсах?» При завершении курсов 43,9% слушателей наблюдали свой профессиональный рост, а 55,1% отметили повышение своего профессионального роста к концу обучения.

«Что Вы испытываете при завершении курсов?» При завершении курсов 79,63% слушате-

лей отметили творческий подъем, 20,37% ощутили удовлетворенность от полученных знаний.

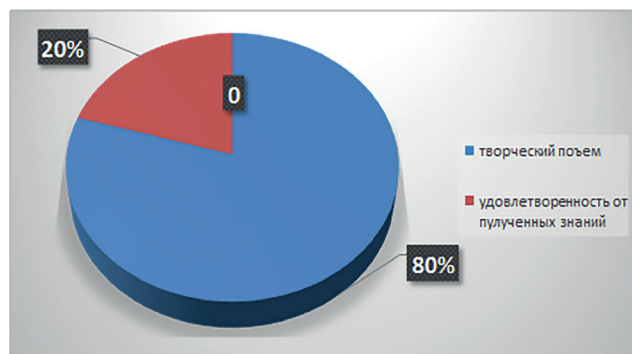


Рис. 2. Оценка мнения слушателей по завершению курсов обучения.

В целом, несмотря на указанные обстоятельства можно сделать вывод о том, что слушатели курсов всех направлений успешно осваивают все модули учебных программ, высоко оценивают работу преподавателей, качество курсов. Предложения: обратить внимание на создание доброжелательной атмосферы в ходе проведения курсов, обеспечение коллаборативной среды обучения. Это способствует повышению мотивации к обучению. Увеличение количества практических занятий, практико-ориентированности обучения.

Выводы

1. Интерактивное обучение способствует лучшему пониманию, усвоению и творческому применению знаний при решении практических задач, что объясняется более активным участием студентов как в получении, так и в скорейшем использовании знаний (здесь и теперь). Систематическое применение интерактивных методов обучения, а ФГОС ВПО 3-го поколения нацеливают нас на это, позволяет студентам овладевать оптимальными навыками работы с информацией, поскольку постоянное выражение своей позиции нивелирует страх ошибки, ибо даже ошибочное высказывание не карается отрицательной оценкой. Совместная деятельность способствует возникновению доверительных отношений с преподавателем.

2. Интерактивное обучение повышает заинтересованность студентов за счёт их причастности к решению обсуждаемых проблем. Возросшая мотивация способствует эмоциональному включению студентов в активный поиск, стимулирует их к конкретным действиям, даёт возможность каждому показать свою успешность. Личное участие в общей деятельности, в решении проблемы делает учёбу не только увлекательной, но и наполняет смыслом и ответственностью.

3. Интерактивное обучение даёт студентам возможность получить новый опыт деятельности, общения, переживаний, позволяет осуществить перенос способов организации деятельности, востребует личностный потенциал студентов, что является важным условием для формирования и совершенствования компетентностей.

4. Интерактивное обучение позволяет сделать систему контроля учебных достижений студентов в освоении общекультурных и профессиональных более гибкой и гуманной за счёт сотрудничества и систематической обратной связи.

Литература

1. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Интерактивные методы обучения в медицинском вузе: учебное пособие. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2012. – 212 с.
2. Дьячкова М.Г. Модернизация системы высшего и дополнительного профессионального образования специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием. – М., 2019. – 105 с.
3. Зайратьянц О.В. Реформа непрерывного медицинского образования и сертификации (аккредитации) врачей. – М., 2016. – 27 с.
4. Красильникова Н.В., Вацкель Е.А., Денищенко В.А. Активные методы в преподавании педагогических курсов в системе последипломного медицинского образования // Учен. записи ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2017, – № 4 (146). – С. 98–102.
5. Кудрява Н.В. и др. Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новации. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 301 с.
6. Протасова И.Н., Подгрушная Т.С., Перьянова О.В. и др. Роль активных методов обучения в становлении профессионально-личностной компетентности будущего врача // Фундамент. исследования. – 2013. – №8-5. – С. 1208–1211.

Резюме

Статья посвящена определению классификации, видам и этапам активных и интерактивных методов, оценки последипломного образования в стоматологической практике в.

Ключевые слова: активные и интерактивные методы обучения, классификация, виды и этапы интерактивных методов обучения, стоматологическая практика, последипломное образование.

Резюмеси

Макола дипломдан кейинги таълимда стоматологик амалиётда ўқитишнинг фаол ва интерфаол усуллари таснифи, турлари ва боскишлари аниқлашда бағишланган.

Калит сузлар: фаол ва интерфаол ўқитиш усул-

лари, таснифи, интерфаол ўқитиш усулларининг турлари ва боскишлари, стоматология, дипломдан кейинги таълим.

Summary

The article is devoted to the definition of classification, types and stages of active and interactive

teaching methods in dental practice in postgraduate education.

Key words: active and interactive teaching methods, classification, types and stages of interactive teaching methods, dental practice, postgraduate education.

УДК: 378 (1-25): (51/52)

ОПЫТ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ХАБОВ В СТРАНАХ АЗИИ



Шамирзаев Н.Х., Гулманов И.Д.

Ташкентская медицинская академия

Формирование международных образовательных хабов – одно из наиболее ярких событий международного высшего образования последних лет. Создание образовательного хаба на уровне отдельного государства является результатом планомерной работы по объединению усилий множества локальных и международных участников образовательного сектора – вузов, студентов, исследовательских центров и специалистов по развитию образования и индустрии знаний [3].

В хабах проводятся различные культурные мероприятия, встречи, читаются лекции по разным отраслям науки и жизни, молодые специалисты получают опыт и т.д. Образовательный хаб может включать в себя и функцию коворкинга. Главная задача обоих заведений: подтолкнуть людей к общению и саморазвитию и обеспечить наиболее комфортные условия для этого процесса. Дидье Хох (Didier Hoch), исполнительный директор компании Biovision, говорит: «На своем опыте мы поняли, что основная предпосылка успеха хаба состоит в возможности объединить технические, административные и инвестиционные знания в одном месте».

В узком понимании образовательный хаб – это город, страна или регион, где действует большое количество образовательных учреждений, обеспечивающих высококачественное и широко признанное образование, как для иностранных, так и для местных учащихся по различным направлениям. А в более широком смысле под образовательным хабом понимается определенная страна, призванная притягивать местных

и иностранных учащихся, привлекать отечественные и зарубежные инвестиции в развитие сферы образования, стимулировать обмен идеями между индивидами и организациями по всему миру, создать целый комплекс образовательных учреждений, компаний, научно-исследовательских и технологических центров, совместно работающих ради осуществления стратегических целей – создания трансграничного образования и построения экономики, основанной на знаниях.

Формирование и развитие образовательных хабов в мире стало результатом жесткой конкуренции в сфере международного образования. Ведь сегодня мировой объем экспорта образовательных услуг составляет около 1,5 трлн долларов США, что делает образование неотъемлемой частью экономики. Это можно видеть на примере развитых стран, давно ставших глобальными образовательными хабами. В США экспорт образовательных услуг ежегодно приносит национальной экономике около 20 млрд долларов, в Великобритании больше, чем автомобилестроение или даже финансовые услуги, а в Австралии образовательные услуги для иностранных учащихся являются четвертой по важности отраслью национального экспорта.

В азиатских странах сформировались разнообразные модели высшего образования. Различия обусловлены, во-первых, религиозными традициями, во-вторых, разным уровнем дохода на душу населения. В XXI в. лидерами по охвату населения высшим образованием в регионе стали Южная Корея и Сингапур [2].

Япония стала первой страной в Восточной Азии, реализовавшей концепцию массового высшего образования [1]. В 2009–2014 гг. Япония реализовала программу «Global 30», в рамках которой было выбрано 13 университетов. С 2014 года продолжена инициатива по проекту «Top global university», для участия в которой было отобрано 37 университетов. Проект нацелен на интернационализацию японских университетов, привлечение иностранных студентов и профессоров, повышение позиций японских вузов в мировых рейтингах [7].

Китай в настоящий момент имеет самую масштабную систему высшего образования в мире (большинство из образовательных учреждений являются государственными, но при этом развиваются и частные образовательные институты). В 1995 г. в Китае был запущен «Проект 211», нацеленный на развитие 100 институтов высшего образования и 80 кафедр вузов по ключевым образовательным дисциплинам. Участвовавшим в проекте образовательным организациям удалось повысить качество образовательных услуг и исследований, а также реформировать систему управления. В 1999 г. китайское правительство приступило к осуществлению «Проекта 985», в котором на настоящий момент участвуют 39 университетов. В результате государственного финансирования (до 548 млрд юаней в 2002 г.) к 2012 г. число поступающих в вузы выросло на 30% по сравнению с 1999 г. Количество колледжей и университетов в 2012 году увеличилось до 2442. В последнее время власти Китая и Гонконга принимают меры по интеграции производственного хаба «Pearl River delta», что позволит Гонконгу «экспортировать» свои образовательные услуги [8].

Ключевым фактором, определившим развитие высшего образования в Южной Корее, стало принятие в 1995 г. Президентской комиссией по реформе образования «31 st May plan». В ходе его реализации были либерализованы условия аккредитации и ослаблен государственный контроль, были отменены квоты для поступающих в вузы. Если в 1990 г. в 265 вузах учился 1 691 681 студент, то в 2014 г. в 433 вузах получали образование уже 3 688 747 человек [5]. В период 1998–2012 гг. Южная Корея осуществила программы «Brain Korea 21» и «Brain Korea 21 plus», нацеленные на развитие исследовательских университетов, национальных инновационных систем и выстраивание эффективных связей между вузами и промышленным сектором. Государство способствовало найму по контракту в вузы более 3 тыс. ученых и профессоров. В рамках

проекта «Study Korea 2020» к 2020 г. корейское правительство планирует довести число иностранных студентов, обучающихся в вузах Южной Кореи, до 200 тыс. человек и создать механизм обеспечения качества высшего образования. В 2014 г. была запущена программа «University for a creative Korea», предусматривающая прямые инвестиции в учебные программы для развития инноваций [5].

Правительство Тайваня провело укрупнение существующих вузов и санкционировало учреждение новых государственных и частных образовательных институтов. В 2005 г. был запущен проект «Excellence program» с финансированием в течение 10 лет для развития 12 университетов. Целями проекта были достижение высоких мест в международных рейтингах вузов, приглашение высококвалифицированных профессоров из других стран, развитие международного сотрудничества в сфере научных исследований, создание образовательных программ на английском языке для привлечения иностранных студентов. Как результат с 2005 по 2010 гг. количество публикаций тайваньских исследователей в системе Science citation index (SCI) выросло на 49%, а в системе Social science citation index (SSCI) – на 172% [12].

В Таиланде доля расходов на образование достаточно высока (более 19% всех бюджетных расходов в 2015 г.). В 2015 г. число вузов составило 156 аккредитованных учреждений высшего образования, 75 из которых частные вузы. Среди стран Юго-Восточной Азии Таиланд занимает третье место после Малайзии и Сингапура по привлечению иностранных студентов.

Сингапур последовательно, начиная с 1992 г., реализует программу «Intelligent island», сопровождаемую инвестициями в образовательные институты, соответствующие высоким международным стандартам. В рамках этой стратегии осуществляются программа «smart city». Город-государство планируется превратить в образовательный хаб – так называемый «Бостон Востока». Правительство Сингапура выплачивает иностранным специалистам, работающим в системе высшего образования, гарантированный гонорар [6]. Кроме этого был создан кластер бизнес-школ и консалтинговых фирм Nepal Hill, запущен проект Singapore talent development alliance [8].

В 2005 г. вьетнамское правительство выпустило директиву «Всеобъемлющая реформа высшего образования Вьетнама, 2006–2020», в которой были сформулированы основные задачи политики в области высшего образования: утверждение новых правил аккредитации вузов, механизмов оценки качества образовательных

услуг и национальной системы квалификаций, а также увеличение числа студентов к 2020 г., повысить долю частного финансирования государственных вузов и добиться роста доли студентов, обучающихся в частных вузах до 40% к 2020 г.

В рамках политики развития высшего образования Малайзия создала и развивает шесть образовательных хабов. Хаб «Kuala Lumpur education city» был основан в 2007 г., в нем расположены как международные, так и малазийские университеты, а также учреждения начального и школьного образования. Благодаря недавнему созданию свободной экономической зоны «Искандар» образовательные проекты стали получать еще более щедрое финансирование со стороны Khazanah Nasional – государственного инвестиционного подразделения правительства Малайзии [10].

В Камбодже для решения проблемы поддержания качества образования был принят «Education strategic plan» на 2006–2010 гг., где были сформулированы следующие приоритеты: повышение качества образования, совершенствование управления образовательными институтами, поддержка разработки программ и инструментов управления, необходимых вузам для получения аккредитации. В 2010–2017 гг. в Камбодже при поддержке Всемирного банка и Международной ассоциации развития был реализован проект по повышению качества и совершенствованию материальной базы высшего образования (Higher education quality and capacity improvement project). В апреле 2018 г. Всемирный банк принял решение выделить 90 млн долл. на развитие высшего образования и научных исследований в Камбодже, а также на поддержку камбоджийских студентов с ограниченными возможностями [11].

В настоящий момент система высшего образования Лаоса включает в себя Национальный университет Лаоса, три региональных университета и Медицинский университет, а также 86 частных организаций, предоставляющих услуги высшего образования. Департамент Высшего образования Лаоса поставил цель повысить долю преподавателей со степенью доктора философии (PhD) до 10% от общей численности преподавательского персонала, а степень магистра – до 60%.

В результате осуществления в Индонезии в 1999, 2003 и 2009 гг. реформы системы образования выросло количество частных образовательных учреждений – в настоящий момент на них приходится 90% всех индонезийских вузов и 60% всех студентов. Принятый в 2012 г. в Индонезии Закон о высшем образовании включал в себя систему аккредитации вузов и внутренние

системы контроля качества каждого университета, квалификационные требования к содержанию образовательных дисциплин [4].

В 2017 г. президент Р. Дутерте объявил о введении бесплатного образования во всех 114 государственных учреждениях. В плане развития на 2017–2022 гг. (Philippine development plan, 2017–2022) поставлена задача стать страной с доходами выше среднего уровня (upper-middle income country). Сейчас система высшего образования Филиппин включает в себя 233 государственных и 1710 частных образовательных институтов. С целью интернационализации системы высшего образования и сотрудничества с иностранными вузами реализуется проект сотрудничества, направленный на создание на Филиппинах транснационального образовательного хаба. В рамках проекта было отобрано восемь филиппинских частных и два государственных университета для участия в совместных программах поствузовского образования и научных исследований с университетами Великобритании [9].

В Объединенных Арабских Эмиратах каждый эмират предложил собственный подход к формированию образовательного хаба. Они предложили известным во всем мире вузам открыть свои филиалы на базе инфраструктуры, предложенной правительством Абу-Даби. Кроме того, Массачусетский технологический институт был приглашен к сотрудничеству по вопросу создания Масдарского технологического института в строящемся Масдар-Сити, где будут расположены исследовательские центры и образовательные программы мирового уровня и будут жить ведущие ученые. В Стратегическом плане развития Дубая заложена идея создания трех тематических свободных экономических зон, две из которых – Knowledge Village и Dubai International Academic City – будут ориентированы на развитие образования.

Филиалы зарубежных вузов и компании Катара, расположенные в технопарках Education City и Science and Technology Park, обеспечены всей необходимой инфраструктурой и материальной базой. Более того, Катарский фонд образования, науки и общественного развития покрывает 100% текущих расходов десяти международных университетских филиалов и нового Университета Хамада бин Халифа.

В Индии очень важное значение имеют позитивные отношения в треугольнике правительство – бизнес – наука / образование (университеты), а ключевым выступает принцип инкубатора, когда каждая сторона выполняет свою роль в поощрении исследований, капиталовложений и развития.

Государство при этом играет уникальную роль катализатора, объединяющего усилия государственных, частных, научных и иностранных органов и учреждений. В Индии в 2014 г. существовало 143 университета, которые проходили по категории «государственные частные». Еще в 1998 г. была поставлена задача превращения страны в мирового лидера в области информационных технологий.

Описанные примеры показывают, что развитие образовательных узлов невозможно без участия государственного капитала. Этот процесс также требует привлечения частных средств из местных и зарубежных источников, однако нельзя недооценивать значимость государственного капитала для запуска подобных проектов и поддержания их жизнеспособности. Однако вопросы об устойчивости и воспроизводимости таких моделей финансирования в других странах остаются открытыми.

Образовательная инфраструктура является одним из важных факторов развития страны. В Узбекистане в 1997 г. были приняты Закон «Об образовании» и Национальная программа по подготовке кадров. На их основе был сформирован принципиально новый вид обучения – среднее специальное, профессиональное образование, созданы новые типы образовательных учреждений – академические лицеи и профессиональные колледжи. Высшее образование стала двухуровневой, состоящей из бакалавриата и магистратуры. Эффективно функционируют региональные филиалы ташкентских вузов и филиалы ведущих зарубежных высших учебных заведений. В республике создана эффективная система непрерывного обучения, способная обеспечить интеллектуальное и духовное развитие всего общества, воспитать гармонично развитое поколение.

Сегодня Узбекистан – это культурный, научный центр с огромным количеством учебных заведений всех уровней, с научной базой и квалифицированным персоналом. 22 ноября 2019 г. в г. Куала-Лумпуре заместитель министра туризма, искусств и культуры Малайзии Мухаммед Бахтияр бин Ван Чик торжественно вручил Послу Узбекистана Равшану Усманову диплом о признании нашей страны «Лучшим государством Азии с богатым историческим достоянием». Прогресс в области образования, богатое историческое и культурное наследие нашей страны создают огромный потенциал для того, чтобы стать новым региональным образовательным хабом в Центральной Азии.

Литература

1. Белов А.В., Золотов А.В., Золотова М.В. Реформирование системы высшего образования в Японии: Опыт, значимый для России // Вестн. ННГУ им. Лобачевского. – 2014. – Вып. 35, № 3. – С. 197–205.
2. Очирова Д.Б. Система высшего образования в Республике Корея: История и современное состояние // Вестн. Бурятского гос. ун-та. Образование. Личность. Общество. – 2015. – № 4. – С. 64–67.
3. Altbach Ph.G. The complex diversity of Southeast Asia higher education // Internal higher education. – Boston: The Boston College center for international higher education, 2017. – №88. – P. 16–19.
4. Brewis E. Inclusive development in Indonesian higher education reform post-1997 // ASEASUK conference. – 2016. – 22 p.
5. Green Chr. Internationalization, deregulation and the expansion of higher education in Korea: An historical overview // Int. J. Higher Education. – 2015. – Vol. 4, №3. – P. 1–13.
6. Jessop B. Putting higher education in its place in (East Asian) political economy // Comp. Education. – 2016. – Vol. 52, №1. – P. 8–25.
7. Kim T. Internationalisation and development in East Asian higher education // Comp. Education. – 2016. – Vol. 52, №1. – P. 1–7.
8. Lee J.T. The regional dimension of education hubs: Leading and brokering geopolitics // Higher Education Policy. – 2015. – Vol. 28, №1. – P. 69–89.
9. Macha W., Mackie Chr., Magaziner J. Education in the Philippines // World education news & reviews (WENR). – 2018. – 06.03.
10. Sack R., Jalloun O. Malaysia: Merging and demerging education ministries // Int. Higher Education. – Boston: The Boston College center for international higher education, 2017. – № 88.
11. Williams J.H., Kitamura Y., Keng C.S. Higher education in Cambodia: Expansion and quality improvement // Higher Education Forum. – 2014. – Vol. 11. – P. 67–89.
12. Yung-chi Hou A. Development of Taiwan's research excellence initiative and its impact on Taiwan higher education // J. Int. Higher Education. – 2012. – Vol. 5, № 2. – P. 70–73.

Резюме

Формирование международных образовательных хабов – одно из наиболее ярких событий международного высшего образования. В азиатских странах на сегодняшний день в качестве образовательных хабов осуществляют работу страны Восточной, Юго-Восточной, Западной, Южной Азии. В этих странах реализована концепция массового высшего образования, предусмотрены прямые инвестиции в учебные программы для развития инноваций, созданы кластер бизнес-школ и консалтинговых фирм, развиваются обра-

зовательные хабы. Эти примеры показывают огромную роль государственного капитала в развитии образовательных услуг. Прогресс в области образования, богатое исторически-культурное наследие Узбекистана создает огромный потенциал для становления новым региональным образовательным хабом в Центральной Азии.

Ключевые слова: образование, сотрудничество, инвестиция, университет, наука, хаб, коворкинг, государственный капитал.

Summary

The formation of international educational hubs is one of the most striking events of international higher education. In Asian countries today, the countries

of East, South-East, West, and South Asia operate as educational hubs. These countries have implemented the concept of mass higher education, provided direct investment in educational programs for the development of innovations, created a cluster of business schools and consulting firms, and developed educational hubs. These examples show the huge role of state capital in the development of educational services. Progress in the field of education and the rich historical and cultural heritage of Uzbekistan creates a huge potential for becoming a new regional educational hub in Central Asia. Keywords: education, cooperation, investment, University, science, hub, coworking, state capital.

УДК: 616.314-089.819.843]-616.014.6-74/77-611.06 (575.1)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОАКТИВНОГО ПОКРЫТИЯ ДЛЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА



Салимов О.Р., Акбаров А.Н., Хабилов Н.Л., Усмонов Ф.К., Нигматова Н.Р., Шоахмедова К.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В настоящее время среди населения происходит рост частоты потери зубов в связи с заболеваниями пародонта, которыми в возрасте 35–44 года страдают от 65 до 98% людей (Ризаев Ж.А., 2015). В мире примерно у 30% пожилых людей в возрасте 65–74 лет полностью отсутствуют естественные зубы (WHO's work on oral health Fact sheet, 2012). Для устранения дефектов зубочелюстной системы применяются различные ортопедические стоматологические протезы – несъемные и съемные, которые не всегда удовлетворяют больных. Важной составляющей в решении этой проблемы является стоматологическая имплантология, что позволяет повысить эффективность функциональной нагрузки, улучшить эстетику лица, социальную реабилитацию человека и повысить качество жизни (World Health Organization website, 2016)

Для решения данной проблемы в Узбекистане разработан метод электролиза ионов для синтеза биактивного покрытия, армированного трикальцийфосфатом и хитозаном из материалов коконов тутового шелкопряда. Научно обоснована медико-биологическая надежность функцио-

нирования отечественных дентальных имплантатов с биоактивным покрытием. Отечественная технология будет способствовать профилактике и лечению полной или частичной адентии.

Целью остеопластики совместно с постановкой дентальных имплантатов является интеграция искусственных материалов с тканевой средой и продолжительное функционирование этого комплекса как единого целого (Tadashi Kawai et al., 2018; Marquezan M. et al., 2012).

Проблема лечения адентии, а также значительная распространенность этой патологии, при которой развиваются глубокие изменения в зубочелюстной системе, делает эту проблему социальной и общемедицинской [1,6]. По результатам исследования, проведенного в Бухарской области, среднее количество удаленных зубов, не включенных в пломбы, составило 12,71, уровень стоматологической помощи – 35,30%, что указывает на значительное отставание уровня стоматологического здоровья от европейских стандартов [4].

Согласно исследованиям, проведенным в последние 10–15 лет, имплантаты, имеющие поверх-

ность с достаточной шероховатостью, смачиваемостью, биоинертностью к организму и другими свойствами, обладают лучшей остеоинтеграцией (Su E.P. et al., 2018; Offermanns V. et al., 2018).

Исследования в этой сфере являются актуальными и имеют научно-практическое значение.

Цель исследования

Оценка эффективности использования биоактивного слоя внутрикостной части отечественных зубных имплантатов.

Материал и методы

Опыты проводились на 72 кроликах породы шиншилла обоего пола массой 4200–4300 г, содержащихся в условиях вивария на стандартном рационе с учетом положений международной конвенции о «Правилах работ с экспериментальными животными» (European Communities Council Directives of 24 November 1986, 86/609/EEC) и в соответствии с требованиями ISO 10993–11–2011 «Изделия медицинские. Оценка биологического действия медицинских изделий. Часть 2 – Требования к обращению с животными». Наблюдение за общим состоянием и поведением животных велось в течение 14 дней до начала эксперимента и в сроки через 15 дней, 1, 2 и 3 месяца после операции. Экспериментальным животным проводилась операция по моделированию несквозного костного дефекта в области эпифиза берцовой кости задней ноги [2,3]. Животные были разделены на 3 группы по 24 особи в каждой: в 1-й интактной группе проводилась операция по моделированию несквозного костного дефекта в области эпифиза берцовой кости с установкой южнокорейского дентального имплантата “Dentium”. Во 2-й контрольной группе проводилась операция по установке отечественного титанового имплантата без напыления. В 3-й основной группе устанавливался зубной имплантат отечественного производства с биоактивным полимерным матриксом [5].

Нами применялись физико-химические, биохимические, рентгенологические и денситометрические методы, методики оценки надежности имплантата и методы статистической обработки полученных результатов.

В динамике через 15 суток и 1, 2 и 3 месяца после установки имплантата проводилась рент-

генография места установления имплантатов. Изучены биохимические показатели сыворотки крови, проведены гематологические исследования периферической крови.

Рентгеновизиографическое исследование через 15 суток, 1, 2 и 3 месяца после операции позволило детально изучить область эпифиза задней берцовой кости, куда имплантировали имплантаты, а также проследить реакцию костной ткани на границе титановый имплантат – кость, динамику костеобразования в произведенном несквозном костном дефекте. Рентгеновизиографическое исследование проводилось на аппарате Wireless Portable X-ray Prox фирмы DigiMed (Южная Корея).

Результаты исследований

На основе проведенных исследований определены технологические параметры нанесения покрытий на поверхности зубных имплантатов по методу электролиза:

- растворы с концентрациями $C=0,01$ – 30% хитозана ($M=100000$) в 2% CH_3COOH и фиброина ($M=280000$) в 2,5 M $LiCl$ – ДМФА удовлетворяют технологическим требованиям электролиза макроионов;

- биоактивные покрытия, сформированные на поверхности титановых пластин при оптимальных условиях и режимах электролиза, характеризуются наноразмерной толщиной в диапазоне 10–300 нм;

- восстановленные макроионы хитозана и трикальцийфосфата на поверхности титановых пластин не растворяются в исходных растворителях 2% CH_3COOH и 2,5 M $LiCl$, использованных при приготовлении исходных растворов изученных биополимеров.

Спектральный анализ биоактивного слоя осуществлялся на сканирующем микроскопе EVO MA10 (фирмы Zeiss, Германия) при увеличении 10 и 100 мкм. Определяли слой ТКФ и хитозана с торцевой стороны титановых пластинок, параллельно проводили спектральный анализ каждого слоя (рис. 1).

Спектральный анализ слоя хитозана (спектры 1–2 на электронном изображении 1 рис. 2) на поверхности слоя ТКФ выявил содержание кислорода на уровне 50,4, фосфора – 33,0, кальция – 16,7 вес%, что в сумме составляет 100% оседание на поверхности титановой пластинки ТКФ (спектр 2).

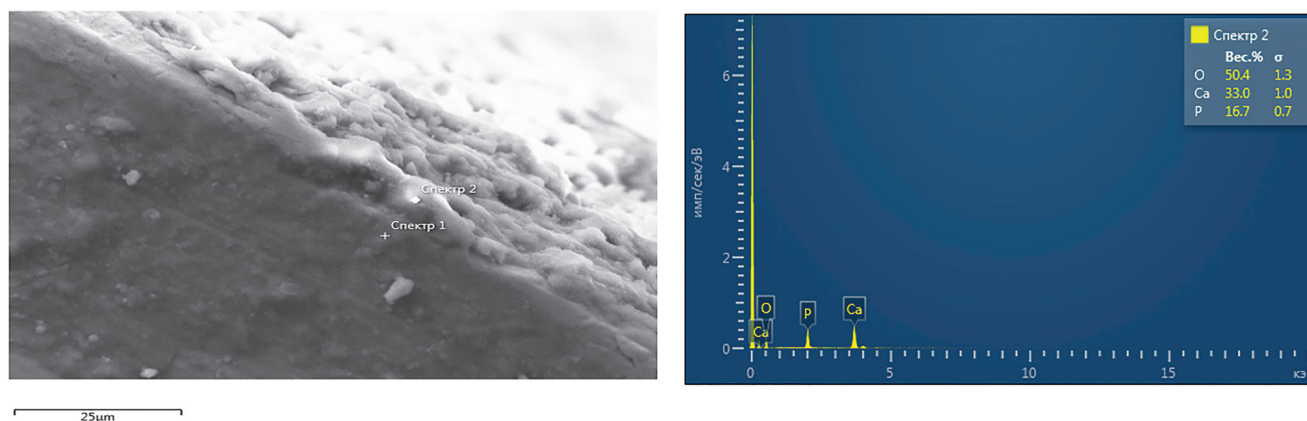


Рис. 1. Снимок слоя ТКФ с торцевой стороны титановой пластинки (спектр 1–2) электронного изображения 1 и спектр 2.

Спектральный анализ слоя хитозана (рис. 3) на поверхности слоя ТКФ, выявил содержание кислорода на уровне 50,4, фосфора – 33,0, кальция – 16,7 вес%, что в сумме составляет 100% оседание на поверхности титановой пластинки ТКФ (спектр

2). Исследования на сканирующем микроскопе EVO MA10 (фирмы Zeiss, Германия) позволили установить толщину биоактивного слоя при соблюдении оптимальных условий электролиза ионов (рис. 2).

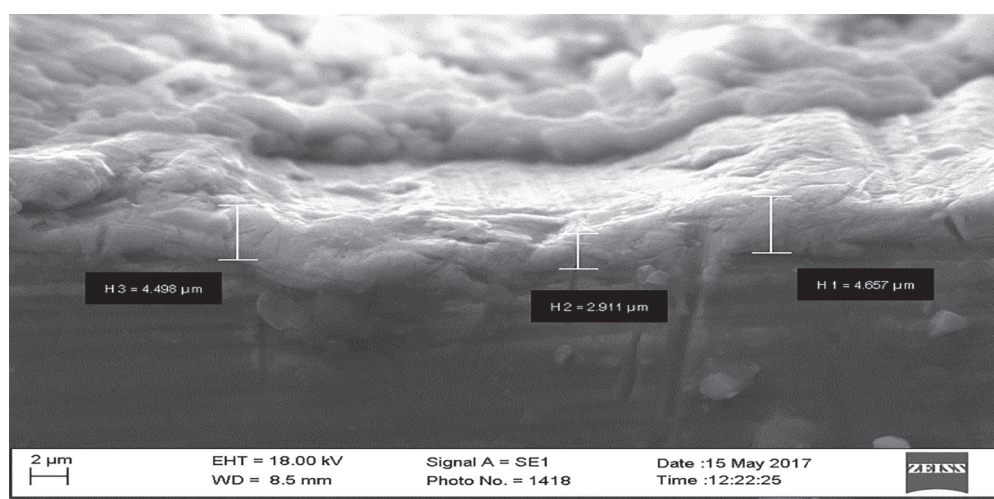


Рис. 2. Снимок толщина слоя биоактивного композита с торцевой стороны титановой пластинки.

Минимальная толщина слоя равна 2,911 мм, максимальная – 4,657 мм. Толщина биоактивного композита зависела от шероховатости поверхности титановых пластин. Таким образом, спектральный анализ показал, что установка электролитического метода осаждения позволяет получить стабильный регулируемой толщины биоактивный слой ТКФ и хитозана на титановой пластине.

Таким образом, на эксперимент по созданию биоактивного покрытия показал, что покрытие состоит из трех слоев: матрицы хитозана, внутреннего и наружного слоя $\text{Ca}_3(\text{PO}_4)_2$. Каждый из этих слоев будет играть важную роль в процессе костной имплантации. Слой пленки будет использован для регулирования высвобождения биоактивных молекул хитозана. Верхний трикальцийфосфатный слой будет

способствовать прорастанию в кость, промежуточный слой обеспечит соединение между двумя другими слоями.

Сравнительный анализ результатов денситрических и рентгенологических исследований позволил установить прямую зависимость увеличения плотности кости вокруг дентального имплантата с биоактивным напылением от сроков, прошедших с момента операции. Усиление остеорепаративных процессов в операционном поле выражается в среднем приросте рентгеновской плотности кости и меньшей степени убыли костной ткани. Положительная динамика процессов остеоинтеграции достигается к 1-му месяцу опытов. Плотность образования на границе имплантат – кость приближается к исходным значениям уже на 2-й месяц после операции (рис. 3).

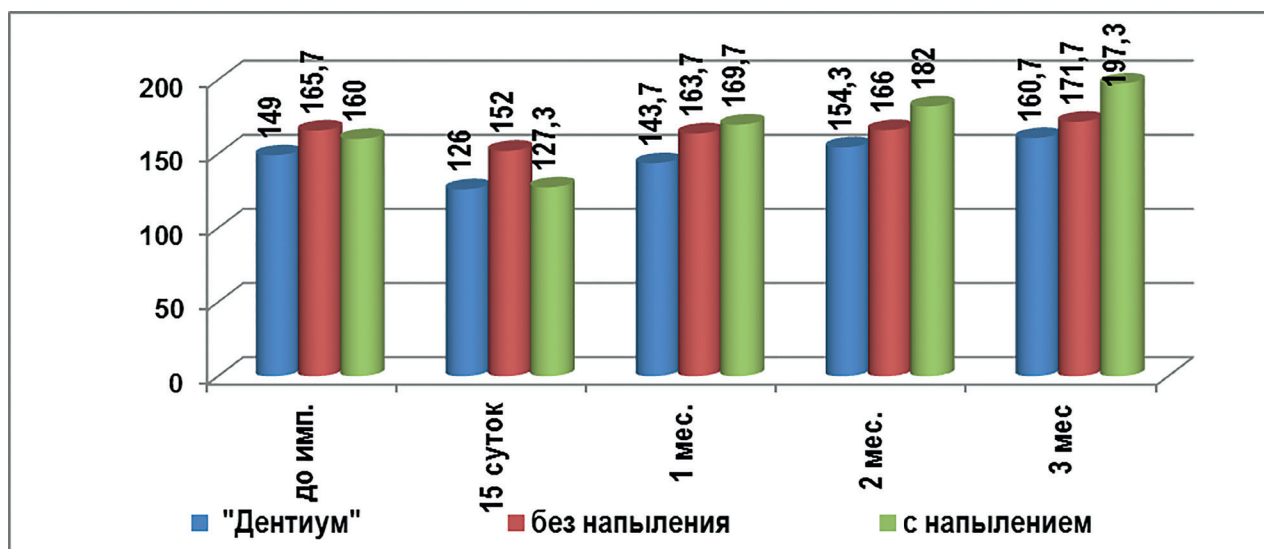


Рис. 3. Плотность кости (у.е.) на границе кость – имплантат в группе с биоактивным матриксом в различные сроки наблюдения.

Таким образом, денситометрическими исследованиями выявлена положительная динамика процессов остеоинтеграции с использованием отечественного дентального имплантата с полимерным матриксом. Положительная динамика процессов остеоинтеграции подтверждается рентгенограммами.

В результате рентгенологических и денситометрических исследований установлено, что вновь образовавшаяся ткань визуально однородна, и только на отдельных участках определяется трабекулярность ее строения.

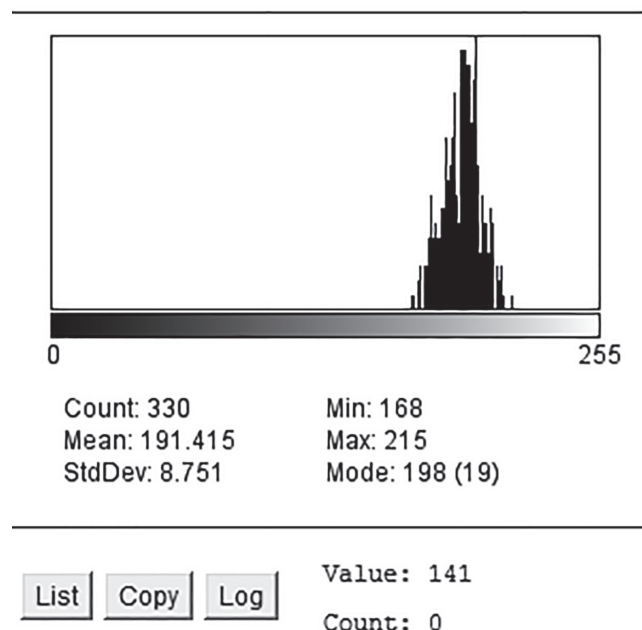
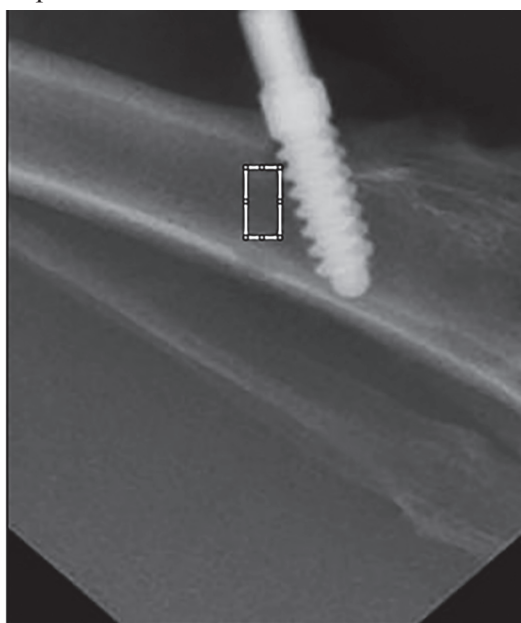


Рис. 4. Через 3 месяца после имплантации отечественного титанового имплантата с биоактивным слоем.

Таким образом, полученные результаты подтвердили положительную тенденцию к динамическому увеличению плотности новообразованной кости на границе имплантат – кость при установке имплантатов с биоактивным слоем, начиная с 1 месяца после операции.

Выводы

1. Отечественный зубной имплантат Implant.

из с биоактивным покрытием не вызывает морфологических изменений в организме экспериментальных животных. Обоснована положительная динамика остеоинтеграции на границе имплантат – кость при имплантации отечественного зубного имплантата с биоактивным матриксом на основе трикальцийфосфата и отечественного хитозана.

2. Рентгеновские снимки и результаты морфологических исследований подтверждают признаки остеоинтеграции. Доказана медико-биологическая безопасность отечественных титановых имплантатов с полимерным матриксом в эксперименте.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения. Адентия: информационный бюллетень № 18. Веб-сайт Всемирной организации здравоохранения, 2016.
2. ГОСТ ISO 10993-5:1999. Биологическая оценка медицинских изделий. – Ч. 5. Испытания на цитотоксичность in vitro.
3. ГОСТ ISO 10993-18-2011. Изделия медицинские. Оценка биологического действия медицинских изделий. – Ч. 18. Исследование химических свойств материалов.
4. Сафаров М.Т., Салимов О.Р., Хужаева Ш.А. и др. Микробиологические показатели у больных со средними дефектами зубных рядов после несъемного протезирования // *Stomatologiya*. – 2016. – № 1. – С. 35–39.
5. Mun T.O., Usmonov F.K., Xabilov N.L., Salimov O.R. Anthropometrical parameters of jaws of dogs for pilot studies // *Young scientists days: Materials of scientific-practical conference*. – Tashkent, 2013. – P. 34.
6. Yarmuhammedov B.H., Xabilov B.N., Mustafoeva F.X., Islomhujieva Z.X. Prosthetic repair on implants with use of latch fastening // *Young scientists days: Materials of the 4 scientific-practical conference*. – Tashkent 2015. – P. 141.

Цель: оценка эффективности использования биоактивного слоя внутрикостной части отечественных зубных имплантатов. **Материал и методы:** опыты проводились на 72 кроликах породы шиншилла обоего пола массой 4200-4300 г, содержащихся в условиях вивария на стандартном.

Наблюдение за общим состоянием и поведением животных велось в течение 14 дней до начала эксперимента и в сроки через 15 дней, 1, 2 и 3 месяца после операции. Животные были разделены на 3 группы по 24 особей в каждой: в 1-й интактной группе проводилась операция по моделированию несквозного костного дефекта в области эпифиза берцовой кости с установкой южнокорейского дентального имплантата Dentium. Во 2-й контрольной группе проводилась операция по установке отечественного титанового имплантата без напыления. В 3-й основной группе устанавливался зубной имплантат отечественного производства с биоактивным полимерным матриксом. **Результаты:** биоактивные покрытия, сформированные на поверхности титановых пластин при оптимальных условиях и режимах электролиза характеризуются наноразмерной толщиной в диапазоне 10–300 нм. **Выводы:** обоснована положительная динамика остеоинтеграции на границе имплантат – кость при имплантации отечественного зубного имплантата с биоактивным матриксом на основе трикальцийфосфата и отечественного хитозана.

Ключевые слова: отечественный имплантат, биоактивное покрытие, хитозан, трикальций фосфат, остеоинтеграция, медико-биологическая безопасность.

Summare

Purpose: assessment of the effectiveness of using the bioactive layer for the intraosseous part of domestic dental implants. Results: bioactive coatings formed on the surface of titanium plates under optimal conditions and electrolysis conditions have a nanoscale density in the range of 10-300 nm. Conclusions: substantiated positive dynamics of osseointegration at the implant border - bone during implantation.

УДК: 616.314-614.253.8]-615.8 (575.122)

МЕТОДИКИ ОКАЗАНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В ОБЛАСТНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ГОРОДА АНДИЖАНА



¹Усмонов Р.Р., ¹Мансуров А.А., ¹Эшбадалов Х.Ю., ²Махкамова Ф.Т., ²Юсупов Н.Ш.

¹Областная стоматологическая поликлиника г. Андижана, ²Ташкентский педиатрический медицинский институт

Направления развития практической физиотерапии и физиотерапевтической службы определяются, прежде всего, общими тенденциями медицины и перспективными задачами здравоохранения. Проблема повышения качества медицинской помощи – важнейшая научно-практическая задача, решение которой невозможно без активного научного поиска новых путей обеспечения эффективности функционирования служб учреждений здравоохранения. При этом обеспечение качества медицинского обслуживания представляет многогранную и сложную проблему [1,2,6].

Наличие целого ряда нерешенных задач в обеспечении контроля и управления качеством физиотерапевтической помощи стоматологическим больным в условиях г. Андижана на фоне активного внедрения методов физической терапии в деятельность медицинских учреждений диктуют необходимость проведения комплексного исследования.

Цель исследования

Показать объем физиотерапевтической помощи стоматологическим больным, оказываемой в поликлинических и стационарных хирургических условиях, рассчитанных на 75 коек [3–5].

Материал и методы

Для достижения поставленной цели мы использовали данные об обращаемости стоматологических больных за последние три года. За данный период времени обратилось 1755 больных со стоматологическими нозологиями, которым было произведено 2406 физиотерапевтических процедур (электроодонтодиагностика, электрофорез).

Результаты исследования

Среди обратившихся после за апикальной терапии был 391 (16,25%) больной, с пульпитами – 317 (13,17%), с острыми и обострившимися хроническими периодонтитами – 416 (17,27%), с пародонтитом – 312 (12,96%), с кариесом – 509 (21,15%), с глоссалгией – 54 (2,2%), с альвеолитом – 147 (6,4%), с невралгиями тройничного нерва – 21 (0,88%), с эпюлисом – 12 (0,49%), с гайморитом – 34 (1,4%), с другими заболеваниями – 193.

Из физических методов исследования наиболее широкое распространение получила электроодонтодиагностика, которая проводилась 420 больным, в том числе с кариесом – 138, с пульпитами – 148, с периодонтитами – 95, с остеомиелитом – 3, с переломами челюстей – 2, с переломами корней зубов – 25, с кистами челюстей – 9.

У 107 больных с различными формами хронических периодонтитов в зубах с непроходимыми корневыми каналами физиолечение включало электрофорез корневых каналов 5% настойкой

йода. Электрофорез корневых каналов 10% настойкой йода с целью некротизации пульпы в непроходимых корневых каналах получили 416 (426 зубов) больных с различными формами пульпитов.

Кроме того, при лечении различных форм пульпитов у 167 больных применялся односеансовый метод лечения с использованием диатермокоагуляции. Получены хорошие клинические и рентгенологические результаты.

Диатермокоагуляция также широко применялась в хирургической стоматологии в стационарных условиях при оперативных вмешательствах у 140 больных (при эпюлисе у 44, при папилломе у 12).

При лечении пародонтита легкой и средней степени тяжести применялись следующие методы: электрофорез десен 2% раствором новокаина и витамина В у 67 больных (по 6–8 процедур на курс лечения); электрофорез – у 280 больных (курс лечения 20–30 сеансов с продолжительностью 20–30 мин).

При острых воспалительных процессах челюстно-лицевой области применяли УВЧ-терапию: при острых периодонтитах у 236 больных (451 процедура), после апикальной терапии у 146 (331 процедура), при альвеолитах у 52 (135 процедур), при гнойных формах пародонтита у 45 (148 процедуры), при артритов у 18 (49 процедур) и т. д.

Как обезболивающее средство успешно применяли дарсонвализацию: при остром периодонтите у 75 больных (143 процедуры), после апикальной терапии у 204 (326 процедур), при различных формах пародонтита у 87 (232 процедуры) и т. д.

При хронических воспалительных процессах (хронические артриты височно-челюстного сустава, остаточные явления острых воспалительных процессов, луночковые невриты, сиалоденит, сиалодохит) и невралгии тройничного нерва применяли стабильную гальванизацию. Стабильную гальванизацию в сочетании с дарсонвализацией проводили 21 больному с невралгией тройничного нерва с положительным эффектом в течение короткого промежутка времени, который выражался в уменьшении интенсивности болевых ощущений.

Таким образом, наш опыт показывает, что физические методы диагностики и лечения являются неотъемлемой составной частью комплексного лечения стоматологических больных и поэтому должны широко внедряться в практическую стоматологию.

Литература

1. Корыта И. Ионы, электроды, мембраны. – М.: Мир, 1983. – 264 с.4
2. Маркин В.С., Чизмаджев Ю.А. Индуцированный ионный транспорт. – М.: Наука, 1974. – 251 с.1

3. Фундаменский В.С., Карасев В.А., Лучин В.В. Физическая реконструкция зонно-блочной модели биомембран. I. Молекулярная и кристаллическая структура изобутил-2-аминоэтилфосфата аналога фосфатидилэтаноламина // Биомембраны. – 1992. – Т. 9, № 8. – С. 789-802.6
4. Щедрина А.Г. Понятие индивидуального здоровья – центральная проблема валеологии. – Новосибирск, 1996. – 49 с.2
5. Юдин В.В. Педагогические технологии: Учеб. пособие. – Ч. I. – Ярославль: ЯрГПУ, 1997. – 48 с. 3
6. Якубке Х.Д., Ешкайт Х. Аминокислоты, пептиды, белки/ Пер. с нем.; Под ред. Ю.В. Митина. – М.: Химия, 1985. – 455 с. 5

Резюме

Цель: показать объем физиотерапевтической помощи стоматологическим больным, оказываемой в поликлинических и стационарных хирургических условиях, рассчитанных на 75 коек. **Материал и методы:** в течение последних лет к нам обратились 1755 больных со стоматологическими нозологиями, которым было произведено 2406 физиотерапевтических процедур (электроодонтодиагностика, электрофорез). **Результаты:** из физических методов исследования наиболее широкое распространение получила электроодонтодиагностика. При хронических периодонтитах в зубах с непроходимыми корневыми каналами физиолечение включало электрофорез корневых каналов 5% настойкой йода. При лечении различных форм пульпитов использовали диатермокоагуляцию. При лечении пародонтоза легкой и средней степени тяжести применялся электрофорез десен 2% раствором новокаина и витамина В. При острых воспалительных процессах челюстно-лицевой области применяли УВЧ-терапию.

Выводы: физические методы лечения стоматологических больных дали положительный эффект за короткий промежуток времени.

Ключевые слова: пульпит, периодонтит, физиолечение, одонтогенный остеомиелит, эпюлис, гайморит, челюстно-лицевая область.

Резюме

Ушбу мақолада 75 ўринли поликлиника ва хирургик стационар шароитда стоматологик беморларга ўтказилган физиотерапевтик муолажаларнинг натижалари кўрсатилган. 391 та бемор текширувдан ўтказилган: пульпитлар - 317 (13,17%), ўткир ва сурункали периодонтитлар - 416 (17,27%), пародонтитлар - 312 (12,96%), кариес - 509 (21,15%), глоссалгией - 54 (2,2%), альвеолитла - 147 (6,4%), уч шохли нерва невралгияси - 21 (0,88%) эпюлис - 12 (0,49%), гайморит - 34 (1,4 %) ва бошқа касалликлар - 193. Ўтказилган физиотерапевтик муолажалар қисқа муддатда ижобий натижага эришилган.

Калит сўзлар: пульпит, периодонтит, физио-даво, одонтоген остеомиелит, эпюлис, гайморит, юз-жағ соҳаси.

Summary

This article shows the results of the physiotherapeutic assistance provided in outpatient and inpatient surgical conditions for dental patients, designed for 75 beds. We examined 391 patients (16.25%), with pulpitis - 317 (13.17%), with acute and exacerbated chronic periodontitis - 416 (17.27%), with periodontitis - 312 (12.96%), with caries - 509 (21.15%), with glossalgia - 54 (2.2%), with alveolitis - 147 (6.4%), with trigeminal neuralgia - 21 (0.88%), with epulis - 12 (0.49%), with sinusitis - 34 (1.4%), with other diseases - 193 patients.

Physical methods of treating dental patients gave a positive effect in a short period of time and achieved a reduction in pain.

УДК: 614.25:616.31:618

МОНИТОРИНГ СТАЦИОНАРНОЙ И АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Исомов М.М., Шомуродов К.Э., Олимжонов К.Ж.

Ташкентский государственный стоматологический институт
Кафедра челюстно-лицевой хирургии

Во время беременности в организме женщины происходят изменения гормонального и иммунного статусов, обмена веществ, увеличивается объем крови, при этом снижается количество эритроцитов, меняется костное ремоделирование и другие процессы. Поэтому перед беременностью женщина должна провести полное оздоровление всего организма, при этом особое внимание необходимо уделить состоянию уровня стоматологического здоровья беременной, поскольку это оказывает влияние на развитие здорового плода.

Актуальность проблемы. Беременные женщины имеют один из самых высоких рисков возникновения стоматологических заболеваний. Основными болезнями полости рта является кариес и болезни периодонта [1,2]. При беременности гормональные и сосудистые изменения нарушают иммунный ответ десны на микробную бляшку, усугубляя воспаление в периапикальных тканях зуба [6]. По данным ряда авторов при физиологическом течении беременности распространенность кариеса зубов составляет 91,4%; заболевания тканей пародонта встречаются в 90,0% случаев, поражение ранее интактных зубов с преимущественным острым течением кариозного процесса – у 38,0% беременных [2,3]. Вторичный кариес, прогрессирование кариозного процесса, гиперестезия эмали встречается у 79,0% беременных, а у 50,0% беременных и рожениц так называемые гингивиты беременных наблюдаются при нормальном течении гестационного периода уже на 2–3 месяце беременности [5]. У беременной женщины на фоне измененной реактивности и пониженной сопротивляемости организма скрытые одонтогенные очаги инфекции могут привести к серьезным осложнениям, как периостит, абсцесс, флегмона, остеомиелит, медиастинит и др. В результате обострения воспалительного процесса могут привести к неблагоприятным исходам [1,6,7].

Несмотря на достаточное число врачей стоматологов в консультативных поликлини-

ках Республики Узбекистана, качество стоматологической диспансеризации беременных женщин на профессиональном уровне не проводится до конца. Подобная ситуация диктует острую необходимость эффективных способов оптимизации профилактики и лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой системы у беременных женщин в амбулаторных условиях [4,7].

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ стационарной и амбулаторной реабилитации беременных женщин с воспалительными процессами челюстно-лицевой системы в отделении взрослой хирургической стоматологии и поликлинике хирургической стоматологии клиники ТГСИ за период 2017–2019 годы.

Материалы и методы исследования

По архивным данным за три года (2017–2019 гг.) на базе клиники взрослой хирургической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института проведен анализ 67 историй болезни госпитализированных беременных в возрасте от 19 до 44 лет с различными видами одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой области, и 128 амбулаторных карт беременных с различными воспалительными процессами периапикальных тканей зубо-челюстной системы. Проведен статистический анализ историй болезни в зависимости от тяжести воспалительных процессов челюстно-лицевой области в различные сроки беременности и проведенных оперативных и консервативных вмешательств разных локализаций.

Результаты исследования и их обсуждение

На базе клиники взрослой хирургической стоматологии ТГСИ проведен анализ 67 историй болезни госпитализированных беременных женщин с одонтогенными воспалительными процессами, пролеченных в течение 3 лет, из них в 2017–24 женщины, 2018 году – 21 и в 2019–22 беременные. Диагнозы и виды проведенных операций представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение госпитализированных беременных женщин с одонтогенными воспалительными процессами в отделении взрослой хирургической стоматологии ТГСИ за 2017–2019 гг.

№	Диагноз	Вид операции	Число больных	%
1.	Флегмона ЧЛЮ (различных локализаций)	Вскрытые флегмоны	34	51
2.	Абсцессы ЧЛЮ (различных локализаций)	Вскрытые абсцесса	17	26
3.	Периоститы челюстей	Периостотомия	9	13
4.	Остеомиелиты челюстей	Секвестрэктомия	2	2,5
5.	Инфильтрат и лимфадениты ЧЛЮ	Комплексное лечение	5	7,5
	Итого:		67	100

По данным таблицы 1 в течение 3 лет из госпитализированных беременных с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области различной локализации составило 34 (51%) больных; с одонтогенными абсцессами госпитализировано 17 (26%) беременных, периостомия разлитого характера проведена у 9 (13%) беременных женщин, 5 (7,5%) беременных лечились с различными инфильтрациями и острым серозного характера лимфаденитом.

Из историй болезни на основании детального статистического изучения результатов биохимических анализов выявлено, что из 67 (100%) госпитализированных беременных женщин, в соответствии с процессами воспаления кроме сдвига лейкоцитарной формулы наблюдалось уменьшение содержания гемоглобина у 99,5%. Из всех пациентов анемия легкой степени встречалась у 38%, анемия средней степени – у 43% и тяжелая форма анемии наблюдалась у 18,5% беременных.

Планирование времени продолжительности приема врачом-стоматологом необходимо проводить, избегая критических периодов бере-

менности, то есть моментов повышенной опасности: возможности выкидыша или преждевременных родов. В этот момент самые незначительные по силе раздражители, как внутренние, так и внешние, могут привести к тонуусу матки, обусловить ее сокращения, а в конечном итоге привести к наступлению выкидыша или преждевременных родов. Мониторинг госпитализированных беременных женщин во время нахождения в стационаре по поводу лечения воспалительных процессов челюстно-лицевой области наблюдались преждевременные роды у 12,0% от всех пролеченных беременных женщин.

В поликлинике хирургической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института проведен мониторинг обратившихся беременных женщин в период 2017–2019 гг. Анализировано 128 амбулаторных карт беременных пациенток с различными формами одонтогенных воспалительных процессов челюстно-лицевой системы. Статистических анализы диагнозов и проведенных манипуляций представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение беременных женщин, обратившихся на амбулаторный прием с одонтогенными воспалительными процессами в поликлинику хирургической стоматологии ТГСИ за 2017–2019 гг.

№	Диагноз	Вид операции	Число больных	%
1.	Перекоронарит	Перикоронаротомию, удаление зуба	11	8,8
2.	Обострение хронического периодонтита	Удаление зуба	62	48
3.	Периостит челюстей	Периостотомия, удаление зуба	19	14,5
4.	Луночкой остеомиелит (альвеолит)	Секвестрэктомия, кюретаж зубной лунки	7	5,4
5.	Инфильтрат и лимфадениты ЧЛЮ	Комплексное медикаментозное лечение	19	14,5
6.	Пародонтит, гингивит, пародонтоз	Удаление зуба, комплексное лечение	8	6,6
7.	Одонтогенный гайморит	Комплексное лечение	2	1,3
Итого:			128	100

Согласно данным таблицы 2 процентное соотношение в течение 3 лет амбулаторных приемов с обострением хронического периодонтита было у 62 (48,0%) беременных женщин. С диагнозом одонтогенные периоститы челюстей обратились 19 (14,5%) женщин; 19 (14,5%) беременных женщин обратились за помощью хирурга стоматолога с различными воспалительными инфильтрациями челюстно-лицевой области.

На основании изучения амбулаторных карт в анамнезе у 86% женщин во время стоматологических диспансеризаций беременных женщин осмотр и лечение не проводились качественно, были

«ложные справки». По результатам статистического анализа выявлено, что из 128 (100%) обратившихся беременных после амбулаторных хирургических вмешательств, во время динамического наблюдения выявлена 21 (15,8%) женщина, которые были госпитализированы в стационар с различными видами гнойно-некротических осложнений челюстно-лицевой области.

Таким образом, исходя из результатов проведенного мониторинга, можно сделать вывод, что обращения беременных к хирургу стоматологу составило значительно число из общего количества больных, обратившихся за лечебной помощью.

Тактика врача-стоматолога предусматривает постоянное наблюдение беременных женщин и требует оптимальных профилактических мероприятий для предотвращения отрицательных исходов при дальнейшем распространении одонтогенной инфекции челюстно-лицевого пространства.

Список литературы:

1. Заболотный Т.Д., Бандрицкий Ю.Л., Дырык В.Т. Состояние местного и системного иммунитета у больных с разным течением генерализованного пародонтита // Стоматология. – 2016. – №6. – С. 23–25.
2. Кисельникова Л.П., Попова Н.С. Стоматологический статус и профилактика стоматологических заболеваний у беременных // Институт стоматологии. – 2011. – № 1. – С. 90–91.
3. Манак Т.Н., Шилова С.Д., Макарова О.В. Современные подходы к оказанию стоматологической помощи беременным женщинам // Современная стоматология. – 2017. – № 4. – С. 13.
4. Толмачева С.М. Особенности диспансерного наблюдения беременных врачом стоматологом // Стоматология. – 2010. – № 4. – С. 138–141.
5. Носова В.Ф., Рабинович С.А. Особенности стоматологической помощи беременным и кормящим женщинам (Часть II) // Институт стоматологии. – 2003. – №4. – С. 72–73.
6. Birkedal-Hansen H. Role of matrix metalloproteinases in human periodontal diseases // J. Periodontol. – 1993. – Vol.64. – №5. – P. 474–484.
7. Chae P., Im M., Gibson F., Jiang Y., Graves D. Mice lacking monocyte chemoattractant protein-1 have enhanced susceptibility to an interstitial polymicrobial infection due to impaired monocyte recruitment // Infect. Immun. – 2002. – Vol.70. – P. 31–64.

УДК: 616.31:614.254.1

ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД РЕФОРМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



Мукимов О.А., Исанова Д.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Реформирование системы здравоохранения и переход к новым экономическим условиям не снизило, а напротив, обострило проблему организации стоматологической помощи во многих странах. Об этом свидетельствуют результаты социологических исследований и рост стоматологической заболеваемости. Стоматологическая помощь относится к наиболее массовым видам и составляет 20–25% в структуре общей заболеваемости.

Проблема роста стоматологической заболеваемости актуальна и является, в первую очередь, социальной. Для ее успешного решения и предупреждения необходимы совместные усилия государства и медицинского сообщества. По нашим данным, с 2000 по 2015 гг. структура региональной стоматологии претерпела существенные изменения. Сократилось количество стоматологических отделений и кабинетов в государственных медицинских организациях, что сопровождалось опережающим ростом числа стоматологических организаций частного сектора.

И хотя стоматологические услуги являются одними из самых массовых и затратных в современной медицине, именно стоматологические организации всех форм собственности и их персонал, как показало время, оказались наиболее мотивированными к работе в условиях рынка и предпринимательства структурами.

Развитие национальных программ здравоохранения и медицинского страхования в различных странах связано и политическими социально-экономическими условиями, сложившимися в этих странах. Программы различаются по основным источникам финансирования и формам собственности (государственные, общественные, частные), условиям страхования, содержанию оказываемых в рамках данной программы услуг, организационным формам их предоставления и другим параметрам.

Программы медицинского страхования в 28 странах мира (Германия, Франция, Англия, Бельгия, США, Финляндия и др.) включают в различных объемах и стоматологическую помощь, в основном профилактические мероприятия и лече-

ние неосложненного кариеса. В Германии действует две системы медицинского страхования: обязательное и частное, поэтому имеется два вида стоматологических манипуляций и видов стоматологических услуг. Перечень для обязательного медицинского страхования содержится в Тарифном соглашении. Общий перечень манипуляций оплачивается за счет средств пациента или частного страхования. В настоящее время в Германии по программе обязательного медицинского страхования оплачивается полный спектр ортопедического лечения. Перечень включает 31 манипуляцию по протезированию. Перечень частного страхования предоставляет еще больший спектр стоматологических услуг, включая все виды протезирования, протезирование на имплантатах, ортодонтические аппараты и др. Система стоматологического обслуживания в Канаде отнесена к платным видам услуг. Однако в Канаде 75% населения старше 15 лет регулярно посещают стоматолога, хотя этот показатель зависит от дохода семьи. По сравнению с Германией и Швейцарией в Чехии объем оказываемых услуг значительно меньше. Во многих странах стоматологические услуги государством не оплачиваются в связи с высокой стоимостью услуг. Профилактические осмотры и санация полости рта и лечение ограничены по финансовым причинам [1].

Сложившаяся в сельских районах Омской области ситуация с распространенностью основных стоматологических заболеваний свидетельствует о том, что в современных условиях меры по оказанию ортопедической помощи населению недостаточны или неэффективны. В связи с этим чрезвычайно актуально изучение потребности сельских жителей Омского региона в протезировании и, как следствие, изучение потребности в квалифицированных специалистах стоматологического профиля и материально-технического обеспечения медицинских организаций. Кроме того, полученные в ходе исследования данные показали, что вопросы кадрового обеспечения в сельских районах не могут быть решены лишь путем привлечения врачей-стоматологов общей практики, у которых снижен уровень профессиональной компетенции в области оказания стоматологической ортопедической помощи. Итак, население сельских районов Омской области нуждается в комплексной программе совершенствования организации стоматологической ортопедической помощи [2].

Проблема обеспеченности врачами кадрами стоматологов не теряет своей актуальности, и поиск ее решения в разных странах зависит от разных аспектов: социально-экономических, географических, региональных.

Китайские учёные провели сравнительную оценку состояния здоровья сельского населения в городе Хатъяй провинции Сонгкхла в Таиланде и уезде Юлонг провинции Юньнань в Китае. Важную роль в организации здравоохранения в сельской местности играет квалификация врачебных кадров, оказывающих стоматологическую помощь в провинциях. Ежегодно врачебные карды проходят обучение за счет финансирования муниципальных органов.

Американские исследователи [4] изучали методы медицинского страхования зубов, доступные жителям в провинции Квебек (Канада). Для сравнения, в Соединенных Штатах и Британской Канаде медицинское стоматологическое страхование для бедных сельских жителей обеспечивается правительством. Различия в предоставлении стоматологической помощи между этими регионами – вопрос культуры, точнее, различий в социально-политических культурах, и разных точек зрения на важность стоматологической помощи. Законодатели в Соединенных Штатах могут извлечь уроки из этой политики государственного стоматологического страхования, которая хорошо налажена в Квебеке.

Польские авторы [7] сообщают о системе финансирования медицинского обслуживания стоматологической заболеваемости сельских жителей. Было проведено диагностирование 384 жителей Западно-Поморской провинции и анкетный опрос о медицинских услугах. Установлено, что большинство респондентов чаще всего пользовались платными услугами стоматологической помощи. Недофинансирование системы здравоохранения Польши заставляет пациентов нести часть расходов на стоматологическое лечение.

Проблемам стоматологической помощи в провинциях Афганистана, которую организовали в 2007 году Вооруженные силы Сингапура, посвящена статья [5]. Стоматологический центр впервые был организован в провинции Бамиан. Первичную стоматологическую помощь получили 60 тыс. человек. Кроме того, сингапурцы обучили и подготовили команду афганских стоматологов и ассистентов, после чего команда сингапурцев отправилась домой.

Планирование и организация профилактики стоматологических заболеваний на территориальном уровне – дело не только специалистов стоматологического профиля. Важна организация эффективных рабочих отношений между различными структурами: специалистами стоматологического профиля, врачами других специальностей, представителями дошкольных и школьных детских учреждений, сотрудниками санитарно-эпидемио-

логической службы, средствами массовой информации, административными службами [6].

В период становления рыночной экономики управление системой здравоохранения, в том числе организацией стоматологической помощи, происходит в условиях риска и неопределенности. Поэтому принципиально новым в организации и планировании здравоохранения, его экономики является переход к дифференцированным нормативам, учитывающим особенности социально-экономического развития региона, экологическое состояние, демографический состав и специфику заболеваемости, обеспеченность кадрами, материально-техническую оснащенность поликлиник, обеспеченность транспортом, связью.

Большинство публикаций, посвященных вопросам реформирования стоматологической службы, экономико-организационным подходам к решению ряда задач в стоматологии, нацелено на рассмотрение узких прикладных экономических и управленческих аспектов, вопросов рыночных отношений в стоматологии, развитию негосударственных стоматологических структур [9].

Организационно-экономические проблемы, наиболее острые для современного периода развития стоматологической службы, исследуются явно недостаточно. Актуальность проводимого исследования подтверждается публикациями ряда авторов [10].

Однако особенности планирования и оказания стоматологической помощи остаются слабо освещенными. Остро стоит вопрос об обеспеченности кадрами стоматологических учреждений. Среди различных вопросов кадрового обеспечения стоматологической службы важным является вопрос о привлечении средних медицинских специалистов к более активному участию в стоматологическом обслуживании, к выполнению вспомогательных функций на амбулаторном стоматологическом приеме [11].

На протяжении последних десятилетий стоматология РФ претерпела существенные изменения, связанные в основном с развитием и внедрением новых медицинских технологий, хотя по этому критерию Россия в значительной степени отставала от развитых стран [3]. Требовали своего изменения и условия организации, экономико-правовые механизмы деятельности стоматологической службы [12].

Невзирая на значительные успехи по отдельным направлениям, путь развития здравоохранения бывшего СССР, и стоматологии, в частности, не обеспечивал удовлетворения все возрастающих потребностей населения в этом виде помощи. Снижение бюджетного финан-

сирования, как справедливо отмечали многие авторы, во многом стало причиной отставания отечественной стоматологической практики от уровня развития в зарубежных странах [13].

Стоматологические ортопедические отделения, имеющиеся во многих районных и городских поликлиниках общего профиля, подчиняются администрации поликлиники, вследствие чего их особенности и интересы не учитывались, а отношение к ним определялось часто на основе необъективных факторов [14].

Принцип остаточного финансирования здравоохранения, по мнению В.К. Леонтьева, в России создал предпосылки для постоянного сокращения объема бесплатной стоматологической помощи. Определяя пути стоматологии, можно выделить три этапа: работа в условиях бюджетной медицины; переходный период от бюджетной медицины к страховой; обязательное медицинское страхование [15].

Медицинской общественностью и наукой в последние годы все больше отмечается насущная необходимость реформирования стоматологической службы. Обусловлено это, прежде всего, отсутствием баланса между сложившимися условиями функционирования стоматологии как подотрасли здравоохранения и социально-экономическими преобразованиями в отрасли. Дефицит бюджетного финансирования стоматологических учреждений, развитие альтернативного сектора в стоматологии, либерализация цен на товары и услуги и их удорожание диктуют необходимость пересмотра основных позиций по деятельности стоматологической службы и определению роли и места стоматологии в существующей системе охраны здоровья населения.

Авторы из Санкт-Петербурга [16] рассматривают особенности ценностного формирования стоматологических услуг через концепцию маркетингового восприятия пациентами качества медицинского обслуживания. На основе схемы расширенного маркетинг-микс стоматологической услуги выделены основные ее компоненты, и дана оценка их роли в создании ценности услуги. Представленная авторами концепция маркетинг-микс стоматологической услуги является статичной. С ее помощью можно выделить и структурировать состав основных компонентов и оценить ее общие и специфические свойства, имеющие значение, как для производителя медицинских услуг (клиники), так и пациента. Однако чтобы выстроить управление тотальным качеством в стоматологической организации, необходима разработка бизнес-модели на основе процессного подхода с последующим "проецированием" на

ее элементы (под процессы) содержания маркетинговой концепции стоматологической услуги и оценки ее качества.

По мнению ряда авторов, состояние стоматологической помощи сегодня характеризуется высокими и не имеющими тенденции к снижению показателями стоматологической заболеваемости, сокращением объемов профилактической работы, низким уровнем санитарной культуры населения, снижением большинства объемных показателей лечебно-профилактической помощи [17].

В условиях рыночных отношений требуется пересмотр ранее существующих планово-нормативных и качественных показателей деятельности врачей стоматологов-ортопедов. Это связано, в первую очередь, с тем, что в последние годы значительно возросли требования пациентов к качеству оказываемой им стоматологической помощи, во-вторых, с тем, что в настоящее время необходимо иметь объективные данные об объеме и качестве выполненной работы.

Анализ отечественной и зарубежной литературы, а также официальных источников свидетельствует о том внимании, которое специалисты и исследователи проявляют к различным аспектам функционирования стоматологической службы. Широко обсуждаются и дискутируются особенности, роль и место проводимых реформ и происходящих изменений в стоматологическом обслуживании населения.

Литература

1. Субанова А.А. Особенности эпидемиологии и патогенеза заболеваний пародонта // Вестн. КРСУ. – 2015. – Т. 15, №7. – С. 152–155.
2. Тамазян Н.Г. Обзор проблем в оказании стоматологической помощи и пути их решения // Междунар. студ. науч. вестн. – 2016. – № 2.
3. Умарова К.В. Анализ качества стоматологической помощи населению России с заболеваниями пародонта // Стоматология для всех. – 2012. – № 2. – С. 42–45.
4. Умарова К.В. Анализ качества лечебно-профилактической помощи, оказываемой населению с заболеваниями тканей пародонта в соответствии с программой обязательного медицинского страхования: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013.
5. Урясьева Э.В., Чвалун Е.К., Григоренко П.А. Потребность и пути улучшения стоматологической помощи сельскому населению Изобильненского района Ставропольского края // Сборник научных трудов Всероссийского научно-исследовательского института овцеводства и козоводства. – М., 2014. – С. 132–135.
6. Фарниева О.А. Распространенность стоматологических заболеваний в различных экологических зонах Северной Осетии и потребность в ортопедическом лечении взрослого населения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 25 с.
7. Федчишин Н.О., Кицул Н.С. Социологическая характеристика современного состояния лабораторного этапа оказания стоматологической ортопедической помощи населению (на примере Иркутской области) // Acta Biomedica Scientifica. – 2016. – № 2 (108). – С. 45–48.
8. Харитонова М.П., Русакова И.В. Усиление профилактической направленности работы стоматологической службы свердловской области с учетом факторов риска развития основных стоматологических заболеваний // Уральский мед. журн. – 2013. – №5. – С. 84–86.
9. Ходжаян А.Б. Уровень организации материально-технического обеспечения стоматологических кабинетов в медицинских организациях Ставропольского края различных форм собственности // Фундамент. исследования. – 2013. – №9-3. – С. 501–504.
10. Черников А.А. Обоснование приоритетных организационных мероприятий по совершенствованию ортопедической стоматологической помощи населению, проживающему в отдаленной сельской местности // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2016. – № 4 (56). – С. 170–174.
11. Черников А.А. Организационно-клинические особенности оказания ортопедической стоматологической помощи сельским жителям // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2016. – № 4 (56). – С. 158–163.
12. Шульган С.В., Калинина Т.В., Матвеев А.М. Новые подходы к управлению качеством оказания стоматологической помощи населению // Стоматолог. – 2018. – № 4. – С. 52–57.
13. Янушевич О.О., Гринин В.М. Современные организационные подходы к обеспечению качества стоматологической помощи // Рос. стоматол. – 2009. – №1. – С. 5–8.
14. Янушевич О.О., Бутова В.Г., Умарова К.В. Анализ динамики, видов, структуры и объемов стоматологической помощи, оказываемой в соответствии с классификатором медицинских услуг по программе ОМС взрослому населению при лечении пародонтита // Институт стоматологии. – 2012. – № 4. – С. 22–27.
15. Янушевич О.О., Гринин В. М. Современные

- организационные подходы к обеспечению качества стоматологической помощи // Рос. стоматол. – 2009. – Т. 2, № 1. – С. 5–8.
16. Янченко В.М., Касумова М.К. Шпилев Д.И. Батюков Н.М. Маркетинговые аспекты качества стоматологических услуг // Пародонтология. – 2018. – № 2. – С. 8–12.
17. Ярошенко Е.Л., Соколова И.И. Анализ гигиены полости рта и питания в грудном возрасте у детей с ранним детским кариесом // Украинський стоматологічний альманах. – 2013. – №6. – С. 84–88.

Резюме

Проанализированы отечественные и зарубежные публикации, посвященные организации ока-

зания пародонтологической помощи сельским жителям в различных регионах. Рассматриваются данные о качестве и доступности стоматологической помощи, факторах риска заболеваний полости рта.

Ключевые слова: стоматологическая помощь, доступность, заболевания тканей пародонта, качество жизни.

Summary

The article presents an analysis of domestic and foreign publications, analyzing the organization of providing periodontal care to rural residents in various regions. The data on the quality and availability of dental care, risk factors for oral diseases are considered.

Key words: dental care, accessibility, periodontal disease, quality of life.

Терапевтическая стоматология

УДК: 616.311.2-002.153:616.366-002.2] - 616.357.15-071-577.1

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ КИСЛОТ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ



Ибрагимова М.Х., Убайдуллаева Н.И., Камилова А.З.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Хронический генерализованный катаральный гингивит (ХГКГ) представляет собой воспаление слизистой оболочки альвеолярного отростка десны. Тяжесть процесса непосредственно связана со степенью гигиены полости рта, а также наличием фоновой патологии. Клинически наблюдается отечность и воспалительная инфильтрация десны, иногда с признаками пролиферации в области десневых сосочков, кровоточивость и болезненность.

Дискинезия желчного пузыря переходит в хронический холецистит, когда воспалительный процесс развивается в самом желчном пузыре, обособлено встречается в 6% случаев. В развитии хронического калькулезного холецистита (ХКХ) основную роль играют инфекция и застой желчи, действующие одновременно [3,4,6]. Дискинезия встречается довольно часто, характеризуется моторно-тоническими нарушениями сфинктеров желчевыводящих путей и нарушением состава желчи. Доказано, что основными этиологическими

факторами заболевания является колибациллярная и кокковая инфекция [1,2,5,7].

Нарушение поступления желчи в кишечник оказывает выраженное влияние не только на микрофлору полости рта, но и на защитные механизмы полости рта [3]. В силу анатомической близости и функциональной сопряженности патология, протекающая в одном из органов гастроудоденальной зоны, указывает на необходимость рассмотрения проблемы заболеваний желчевыводящих путей с позиции целостности гастроудоденального комплекса. Доказана взаимосвязь ротовой полости и желудочно-кишечного тракта, что является предрасполагающим к развитию заболевания фактором. На фоне хронического калькулезного холецистита воспалительные изменения в пародонте чаще имеют генерализованный характер и характеризуются выраженными биохимическими изменениями.

Цель исследования

Выявление клинических и биохимических изменений, в частности в содержании сыво-

роточных желчных кислот (ЖК), у больных ХГКГ, ассоциированным с хроническим калькулезным холециститом.

Материал и методы

Под наблюдением находились 68 больных ХГКГ, из них у 42 ХГКГ был ассоциирован с ХКХ, 26 лиц с ХГКГ без ХКХ. Среди обследованных было 40 (58,8%) женщин и 28 (41,2%) мужчин, средний возраст $48,3 \pm 18,6$ года. Контрольную группу составили 12 здоровых лиц с интактным пародонтом без сопутствующей патологии сопоставимого пола и возраста. В сыворотке крови определяли активность щелочной фосфатазы (ЩФ), γ -глутамилтранспептидазы (ГГТП), аспаратаминотрансферазы (АСТ). Содержание желчных кислот (ЖК) в сыворотке крови определяли на биохимическом анализаторе Mindray BA-88-а с использованием реактивов фирм Human.

Результаты и обсуждение

Известно, что при развитии хронического калькулезного холецистита при ХГКГ у больных достоверно увеличивается количество жалоб на слабость, горечь во рту, желтуху, кожный зуд, тяжесть или боли в правом подреберье. При хроническом калькулезном холецистите в сыворотке крови повышается уровень всех компонентов желчи, и в первую очередь желчных кислот. Это обусловлено поражением паренхимы, наличием портокавальных шунтов и нарушением удаления желчных кислот из крови воротной вены. Кроме того, желчные кислоты поступают обратно в кровь из поврежденных гепатоцитов. Очевидно, что повышение концентрации сывороточных желчных кислот свидетельствует о гепатобилиарном заболевании. Установлено, что желчные кислоты вызывают апоптоз и некроз клеток посредством повреждения митохондрий.

Основная причина повышения печеночной фракции щелочной фосфатазы – повышенный синтез фермента в печени вследствие блока кишечно-печеночной циркуляции, а также задержка выделения фермента в желчь. Повышение

активности ЩФ отражает увеличение ее синтеза гепатоцитами и клетками эпителия желчных путей и в меньшей степени – обратное поступление в кровь фермента, обусловленное обструкцией желчных путей. Желчные кислоты, с одной стороны, индуцируют синтез щелочной фосфатазы, а с другой, способствуют ее отщеплению от клеточных мембран.

γ – глутамилтранспептидаза – фермент, катализирующий переход глутамил группы от γ – глутамилпептидов к α -аминокислотам и другим пептидам. Низкомолекулярный компонент фермента локализуется в цитоплазме, а высокомолекулярный тесно связан с мембранами микросомальной фракции гепатоцита и мембранами мельчайших желчных канальцев. Поэтому фермент чувствителен к алкогольной и лекарственной интоксикации, а также к колебаниям давления в желчных протоках. Активность фермента повышается вследствие усиления его синтеза под влиянием желчных кислот. Основное клиническое значение исследования γ – глутамилтранспептидазы – диагностика холестатических состояний, особенно в комплексе с другими ферментами.

Холестаз – это нарушение желчевыделения. При сочетанном течении с хроническим генерализованным катаральным гингивитом клинически проявляется такими жалобами, как зуд кожи, вкус горечи во рту, желтушное окрашивание кожных покровов, дискомфорт в правом подреберье и боли. Клинически у больных с генерализованным катаральным гингивитом наблюдаются отек, кровоточивость и боль десен, иногда беспокоит неприятный запах изо рта. Тяжелым осложнением холестаза является появление и увеличение уровня желчных кислот в сыворотке крови. Желчные кислоты поступают в кровь из поврежденных гепатоцитов.

При этом повышается активность щелочной фосфатазы, АСТ, γ – глутамилтранспептидазы, что мы наблюдали и у наших пациентов (табл. 1).

Таблица 1

Показатели активности ферментных систем и содержание ЖК в сыворотке крови больных ХГКГ, ассоциированным с ХКХ

Показатель	Здоровые лица, n=22	Больные ХГКГ, ассоциированным с ХКХ, n=42	Больные ХГКГ без ХКХ, n=26
Содержание ЖК, мкмоль/мл	$13,40 \pm 1,28$	$41,36 \pm 2,12^*$	$18,50 \pm 0,78$
АСТ, МЕ/л	$16,11 \pm 0,62$	$64,89 \pm 4,53^*$	$27,08 \pm 2,22^*$
ГГТП, МЕ/л	$54,27 \pm 3,79$	$203,93 \pm 7,39^*$	$73,41 \pm 5,22$
ЩФ, МЕ/л	$56,83 \pm 3,02$	$207,94 \pm 9,07^*$	$76,93 \pm 5,58^*$

Примечание. * – $p < 0,05$.

Анализ полученных результатов показал, что активность изучаемых сывороточных ферментов (ЩФ и ГГТП) при сочетанной форме заболевания достоверно возрастает по мере нарастания холемии. У больных ХГКГ, ассоциированным с хроническим калькулезным холециститом, уровень желчных кислот в сыворотке крови по сравнению с группой здоровых лиц с интактным пародонтом возрастает в 3 раза. Необходимо отметить, что с нарастанием концентрации сывороточных ЖК уровень холестерина достоверно повышается до 6–8 ммоль/л при норме 5,2 ммоль/л. Больные ХГКГ, ассоциированным с ХКХ, независимо от степени

тяжести и этиологии основного заболевания требуют полноценного комплексного обследования и лечения, направленного на уменьшение степени тяжести холестаза и снижение риска и уменьшение тяжести осложнений.

После проведения патогенетически обоснованной терапии (гепатопротектор урсосан, противовоспалительный розалин – 250, пробиотик энтерожермина, фермент серрата, иммунный препарат тактивин, антиоксидант мексидол, анксиолитик тенотен) содержание желчных кислот в крови по сравнению с исходным уменьшалось в среднем на 34%, оставаясь, однако, выше, чем у здоровых лиц в среднем в 2,02 раза (табл. 2).

Таблица 2

Показатели активности ферментных систем и содержание желчных кислот в сыворотке крови больных ХГКГ, ассоциированным с ХКХ, до и после лечения

Показатель	Здоровые лица, n=22	Больные ХГКГ ассоциированный с ХКХ до и после лечения, n=42	
		до	после
Содержание ЖК, мкмоль/мл	13,40±1,28	41,36±4,02*	27,13±1,26
АСТ, МЕ/л	16,11±0,62	64,89±4,18*	27,86±1,81
ГГТП, МЕ/л	54,27±3,79	203,93±8,92*	99,78±4,91
ЩФ, МЕ/л	56,83±3,02	207,94±9,94*	103,24±4,64

Примечание. То же, что и к табл. 1.

Анализ активности аспаратаминотрансферазы в сыворотке крови у пациентов с сочетанной формой заболевания выявил значительное снижение активности данного фермента в крови в среднем на 58,06% ($p<0,05$), то есть в 4,3 раза относительно исходных значений. Аналогичные изменения наблюдались в отношении активности γ – глутамилтранспептидазы в крови у лиц с ХГКГ, ассоциированным с внутрипеченочным холестазом. Так, активность изучаемого фермента равнялась 203,93±8,92 МЕ/л, а после проведенной комплексной патогенетической терапии снизилась до 99,78±4,91 МЕ/л, что на 51,07% ($p<0,05$) ниже, чем до лечения (в 1,8 раза выше, чем у здоровых лиц).

Изучение активности щелочной фосфатазы в крови у обследованных лиц выявило однотипность ее изменений в крови. Так, уровень ЩФ после лечения оказался на 50,35% ($p<0,05$) ниже, чем до лечения.

Таким образом, показатели активности ферментных систем и содержания ЖК в сыворотке крови больных ХГКГ, ассоциированным с хро-

ническим калькулезным холециститом, до и после терапии доказывают патогенетическую обоснованность проведенного лечения. При этом незначительное повышение активности изучаемых ферментов после проведенной терапии указывает на необходимость ее продолжение, так как выявленная сочетанная патология имеет системный характер, при котором свободные желчные кислоты влияют на многие системы организма.

Литература

1. Ахророва З.К. Особенности поражения слизистой полости рта и пародонта у больных хроническими заболеваниями печени вирусной этиологии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Душанбе, 2011. – 25 с.
2. Голованова Е.В., Петраков А.В. Значение определения сывороточных желчных кислот при хронических заболеваниях печени с холестазом // Экспер. и клин. гастроэнтерол. – 2008. – №1. – С. 131–132.
3. Ибрагимова М.Х., Камилов Х.П., Хаджиметов А.А. Биохимические показатели крови и слюны у больных с патологией гепато-

- билиарной системы // Stomatologiya. – 2018. – № 3. – С. 79–81.
4. Кузнецова Е.Л., Широкова Е.Н., Ивашкин В.Т. Новые данные о молекулярных механизмах гепатобилиарного транспорта // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. – № 6. – С. 9–15.
 5. Островская Л.Ю., Могила А.П., Ханина А. Использование молекулярных маркеров в обследовании пациентов с патологией пародонта // Вестн. СГТУ. – 2013. – № 1 (70). – С. 80–83.
 6. Румянцев В.А., Есаян Л.К. и др. Нарушения кислотно-основного равновесия в полости рта при общесоматической патологии: научное издание // Стоматология. – М., 2013. – Т. 92, № 2. – С. 22–26.
 7. Ушаков Р.В., Герасимова Т.П. Механизмы тканевой деструкции при пародонтите // Стоматология. – 2017. – № 4. – С. 63–66.

Резюме

Цель: выявление клинических и биохимических изменений, в частности в содержании сывороточных желчных кислот, у больных хроническим генерализованным катаральным гингивитом (ХГКГ), ассоциированным с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ). **Материал и методы:** под наблюдением находились 68 больных ХГКГ, из них у 42 ХГКГ был ассоциирован с ХКХ, 26 лиц с ХГКГ без ХКХ. Среди обследованных было 40 (58,8%) женщин и 28 (41,2%) мужчин, средний возраст $48,3 \pm 18,6$ года. Контрольную группу составили 12 здоровых лиц с интактным пародонтом без сопутствующей патологии сопоставимого пола и возраста. В сыворотке крови определяли активность щелочной фосфатазы, γ – глутамилтранспептидазы, аспар татаминтрансферазы, содержание желчных кислот. **Результаты:** при хроническом калькулезном холецистите в сыворотке крови повышается уровень всех компонентов желчи, и в первую очередь желчных кислот. Это обусловлено поражением паренхимы, наличием portoкавальных шунтов и нарушением удаления желчных кислот из крови воротной вены. Кроме того, желчные кислоты поступают обратно в кровь из поврежденных гепатоцитов. Повышение активности щелочной фосфатазы отражает увеличение ее синтеза гепатоцитами и клетками

эпителия желчных путей. **Выводы:** показатели активности ферментных систем и содержания ЖК в сыворотке крови больных ХГКГ, ассоциированным с хроническим калькулезным холециститом, до и после терапии доказывают патогенетическую обоснованность проведенного лечения.

Ключевые слова: хронический генерализованный катаральный гингивит, хронический калькулезный холецистит, желчные кислоты, активность ферментных систем, лечение.

Summary

With chronic calculous cholecystitis in the blood serum, the level of all components of bile, and especially bile acids, rises. This is due to the defeat of the parenchyma, the presence of portocaval shunts and impaired removal of bile acids from the blood of the venous portal vein. In addition, bile acids enter the bloodstream from damaged hepatocytes. An increase in the activity of alkaline phosphatase reflects an increase in its synthesis by hepatocytes and epithelial cells of the biliary tract. Bile acids, on the one hand, induce the synthesis of alkaline phosphatase, and on the other hand, contribute to its cleavage from cell membranes. The main clinical significance of the study of gamma-glutamyltranspeptidase is the diagnosis of cholestatic conditions, especially in combination with other enzymes.

Резюмеси

Сурункали тошли холециститда кон зардобиди сафро таркибий қисмлари, биринчи навбатда сафро кислоталари микдори кўтарилди. Бу паренхиманинг зарарланиши, portoкавал шунтларнинг мавжудлиги ва портал томир қонидан сафро кислоталарини чиқишини бузилиши билан боғлиқ. Бундан ташқари, сафро кислоталари шикастланган гепатоцитлардан қонга ўтади. Ишқорли фосфатаза фаоллигининг ошиши унинг сафро йўлининг гепатоцитлари ва эпителиал хужайралари томонидан синтезининг кўпайишини акс эттиради. Сафро кислоталари, бир томондан, ишқорли фосфатаза синтезини кучайтиради, бошқа томондан, унинг хужайра мембраналаридан ажралиб чиқишига хисса қўшади. Гамма-глутамилтранспептидазани ўрганишининг асосий клиник аҳамияти, айниқса бошқа ферментлар билан биргаликда холестатик холатларни ташхислаш ҳисобланади.

**ВИДОВОЙ И КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ
ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПЕРИОДОНТИТОМ**

Бекжанова О.Е., Абдулхакова Н.Ш., Олимжонов К.Ж.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Хронический апикальный периодонтит представляет собой воспалительный процесс тканей периодонта, развивающийся вследствие бактериальной инвазии тканей периодонта. Бактериальная инвазия инициирует некроз пульпы, а инфицированное содержимое корневых каналов через верхушечное отверстие вызывает воспаление периапикальных тканей и их деструкцию. Поражение и разрушение тканей зубодесневой связки, с постоянно присутствующим очагом воспаления и деструкции периодонта наблюдаются у 30% пациентов и чреваты развитием локальных и системных осложнений. Исследованию состава микрофлоры корневых каналов посвящено значительное количество исследований. При различных формах эндодонтической патологии из отделяемого корневых каналов выделено и идентифицировано более 400 видов микроорганизмов [1,3,6,7]. Подчеркивается, что различные сочетания микроорганизмов встречаются в образцах зубов с различными формами патологии [3,4].

Настоящее исследование обусловлено необходимостью повышения эффективности эндодонтического лечения хронических апикальных периодонтитов, для чего нужно детализировать видовой и количественный состав микрофлоры корневых каналов зубов в динамике нарастания тяжести хронического апикального периодонтита.

Цель исследования

Определение видowego и количественного состава микрофлоры корневых каналов при хроническом апикальном периодонтите.

Материал и методы

Под наблюдением были 120 человек с клинически и рентгенологически подтверждённым диагнозом хронического апикального перио-

донтита зубов в возрасте от 20 до 44 лет, без выраженной соматической патологии, в том числе с фиброзной формой хронического апикального периодонтита 70 больных (140 зубов); с гранулирующей формой – 66 (130 зубов) и с гранулематозной формой – 60 (120 зубов). Были осуществлены клинические, рентгенологические и бактериологические исследования по рекомендации ВОЗ, включающие основные и дополнительные методы. Основные методы включали рентгенологический, электроодонтодиагностический (ЭОД) и микробиологический. Материал для бактериологического исследования из корневого канала зуба забирали по методике С.М. Алетдиновой, Л.П. Герасимовой, А.П. Сорокина. Определяли среднюю арифметическую (M), стандартную ошибку средней арифметической (m). Оценку значимости различий средних арифметических проводили с использованием критериев Стьюдента (t) и уровня значимости (p). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Результаты микробиологических исследований экссудата корневых каналов и периапикальной области зубов представлены в таблицах. У пациентов с хроническим апикальным периодонтитом в отделяемом корневого канала выявлены представители флоры как с облигатно-анаэробным, так и со смешанным типом дыхания (факультативно-анаэробным и микроаэрофильным), а также строго анаэробные формы пародонтопатогенов. Обнаружены колонии кокков, в основном стрептококков, анаэробных микроорганизмов, а также дрожжеподобных грибов.

Частота выделения (%) микроорганизмов из корневых каналов зубов хроническом апикальном периодонтите различной тяжести, $M \pm m$

Микроорганизмы	Хронический апикальный периодонтит		
	фиброзный $m 1 - 1.40$	гранулирующий $M2 - 1.30$	грануле-матозный $M3$ $- 1.20$
<i>Str. sanguis</i>	90/42,8 $\pm$ 4,18	40/61,53 $\pm$ 4,27	50/83,33 $\pm$ 3,40
<i>Str. mutans</i>	25/35,71 $\pm$ 4,06	49/60,0 $\pm$ 4,30	52/86,67 $\pm$ 3,10
<i>Str. intermedius</i>	11/15,71 $\pm$ 3,10	21/32,31 $\pm$ 4,09	43/71,67 $\pm$ 4,11
<i>Staph. haemolyticus</i>	22/51,43 $\pm$ 3,91	55/84,62 $\pm$ 3,16	59/98,33 $\pm$ 1,17
<i>Staph. epidermidis</i>	24/34,29 $\pm$ 4,0	36/55,38 $\pm$ 4,36	44/73,33 $\pm$ 4,04
<i>Staph. aureus</i>	32/45,71 $\pm$ 4,21	41/63,08 $\pm$ 4,23	51/85,0 $\pm$ 3,26
<i>Ent. spp</i>	18/25,71 $\pm$ 3,66	25/38,47 $\pm$ 4,26	36/60,0 $\pm$ 4,47
<i>Candida spp.</i>	25/35,71 $\pm$ 3,95	32/49,23 $\pm$ 4,38	44/73,33 $\pm$ 4,04
<i>Peptostrep-tococcus spp.</i>	30/42,85 $\pm$ 4,18	41/63,0 $\pm$ 4,23	52/86,67 $\pm$ 3,10
<i>E. coli</i>	25/35,71 $\pm$ 4,05	32/49,23 $\pm$ 4,38	46/76,67 $\pm$ 3,89
<i>Actinomyces spp.</i>	21/30,0 $\pm$ 3,87	33/50,76 $\pm$ 4,38	39/65,0 $\pm$ 4,35
<i>Prevotella intermedia</i>	32/45,71 $\pm$ 4,21	42/64,61 $\pm$ 4,18	55/81,67 $\pm$ 2,49
<i>Porfiromonas gingivalis</i>	22/31,43 $\pm$ 3,91	35/53,85 $\pm$ 4,33	46/76,66 $\pm$ 3,86
<i>Actinobaccillus actinomycetem comitans</i>	30/42,86 $\pm$ 4,14	41/63,0 $\pm$ 4,23	48/80,0 $\pm$ 3,65
<i>Fusobacterium spp.</i>	22/31,43 $\pm$ 3,91	37/56,92 $\pm$ 4,32	49/81,66 $\pm$ 3,53

Необходимо отметить, что частота выделения и количественный уровень обнаружения диагностируемых микроорганизмов в значительной степени был детерминирован тяжестью процесса в апикальном периодонте. Так, частота выделения факультативно-анаэробных бактерий *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus salivarius*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus faecalis*, а также грибов *Candida albicans* у пациентов с фибринозной формой заболевания колебалась в пределах 15,75–45,71%, в титрах от 1,85 $\pm$ 0,07 до 3,02 $\pm$ 0,07 lg КОЕ/ мл. Увеличение тяжести периапикального поражения до гранулирующего периодонтита было ассоциировано с увеличением частоты регистрации факультативно-анаэробных бактерий до 32,31–84,62%, при средних титрах от 3,22 $\pm$ 0,14 до 4,21 $\pm$ 0,18 lg КОЕ/ мл. При гранулематозном апикальном периодонтите в корневом канале частота обнаружения и концентрация факультативно-анаэробных увеличивались до максимальных значений, при этом в корневом канале они обнаруживались в 71,67–98,33% случаев, а концентрация составляла от 4,81 $\pm$ 0,18 до 6,01 $\pm$ 0,24 lg КОЕ/ мл.

В корневых каналах при периодонте обнаруживали представителей строгих анаэробов: *Peptostreptococcus spp.*, *Actinomyces spp.* Частота обнаружения *Peptostreptococcus spp.* при фиброзной форме заболевания составляла 42,85 $\pm$ 4,18%; при гранулирующей – 63,0 $\pm$ 4,23%, при гранулематозной

– 86,67 $\pm$ 3,10%, при средних титрах соответственно 2,65 $\pm$ 0,12; 3,91 $\pm$ 0,17 и 4,65 $\pm$ 0,17 lg КОЕ/ мл. Частота обнаружения *Actinomyces spp.* составила соответственно 30,00 $\pm$ 3,87; 50,760 $\pm$ 4,58 и 65,00 $\pm$ 4,35%, при средних титрах 3,01 $\pm$ 0,14; 4,11 $\pm$ 0,17 и 6,21 $\pm$ 0,28 lg КОЕ/ мл.

Молекулярно-генетические исследования показали высокую частоту выявления вирулентных анаэробных и микроаэрофильных видов бактерий (*A. actinomycetem comitans*, *P. intermedia*, *P. gingivalis*,) и их персистенцию в корневых каналах. Частота выделения *A. actinomycetem comitans*, *P. intermedia*, *P. gingivalis* при фибринозной форме заболевания колебалась в пределах 31,43–45,71%; при гранулирующей возрастала до 53,85–64,61% и гранулематозной была максимальной – 76,66–91,67%; соответствующие титры при фибринозной форме заболевания регистрировались в пределах от 1,75 до 2,66 lg КОЕ/мл; при гранулематозной – 2,65–3,22 lg КОЕ/мл, гранулирующей – 3,25–4,54 lg КОЕ/мл.

Таким образом, установлено, что особые условия среды корневого канала стимулируют избирательный рост и персистенцию анаэробных видов бактерий, при этом продолжительное инфицирование корневого канала приводит к преобладанию в его экосистеме представителей таких групп бактерий как пародонтопатогенные, фузобактерии, а также пептострептококки (до 90% состава ассоциаций). При хроническом периодонтите в стадии обострения из корневых

каналов выделяется разнообразная микрофлора, представленная аэробными и факультативно-анаэробными микроорганизмами. Наличие в отделяемом корневых каналов пародонтопатогенных видов свидетельствует об их роли в деструктивном поражении периодонта.

Полученные данные доказывают участие разных групп микроорганизмов в патогенезе деструктивного поражения периодонта. Этот факт необходимо учитывать при выборе метода интраканальной медитации, адаптированного к конкретной клинической ситуации, что открывает новые подходы к проведению антибактериальной терапии.

Литература

1. Абакарова Д.С. Современный подход к дезинфекции системы корневого канала // Институт стоматологии. – 2011. – № 2 (51). – С. 72–73.
2. Алетдинова С.М., Герасимова Л.П., Сорокин А.П. Способ забора материала для бактериологического исследования из корневого канала и периапикальной области зуба при хронических апикальных периодонтитах: Патент на изобретение № 2476185 // Изобретения. Полезные модели. – 2013. – № 6.
3. Беленова И.А., Красичкова О.А., Кудрявцев О.А. Регистрация изменений бактериальной составляющей дентина корневых каналов при традиционной медикаментозной обработке и с применением ультразвуковых колебаний // Вестн. новых мед. технологий. – 2013. – Т. XX, № 2. – С. 299–307.
4. Березин К.А., Блашкова С.Л., Старцева Е.Ю. Особенности лечения корневых каналов сложной конфигурации // Фундамент. исследования. – 2013. – № 9–6. – С. 987–990.
5. Волков Д.П. Способ дезинфекции корневого канала зуба озвученным водным раствором наносеребра эндонанофорезом // Стоматология. – 2016. – № 3. – С. 67.
6. Казеко Л.А., Лобко С.С. Ирригационные растворы, хелатные агенты и дезинфектанты в эндодонтии: Учеб.-метод. пособие. – Минск: БГМУ, 2013. – 48 с.
7. Bekjanova O.E., Abdulkhakova N.Sh. Dental root microflora in patients with chronic periodontitis // Scientific research of the SCO countries: Synergy and integration: Int. Conf. – China, 2019. – P. 77–80.

Резюме

Цель: определение видового и количественного состава микрофлоры корневых каналов при хроническом апикальном периодонтите. **Материал и методы:** под наблюдением были 120 человек с клинически и рентгенологически подтверждённым диагнозом хронического апикального периодонтита зубов в возрасте от 20 до 44 лет, без выраженной соматической патологии, в том числе с фиброзной формой хронического апикального периодонтита 70 больных (140 зубов); с гранулирующей формой – 66 (130 зубов) и с гранулематозной формой – 60 (120 зубов). Результаты: установлено, что особые условия среды корневого канала стимулируют избирательный рост и персистенцию анаэробных видов бактерий, при этом продолжительнее инфицирование корневого канала приводит к преобладанию в его экосистеме представителей таких групп бактерий как пародонтопатогенные, фузобактерии, а также пептострептококки (до 90% состава ассоциаций). **Выводы:** особенности патогенеза деструктивного поражения периодонта необходимо учитывать при выборе метода интраканальной медитации, адаптированного к конкретной клинической ситуации, что открывает новые подходы к проведению антибактериальной терапии.

Ключевые слова: хронический периодонтит, микрофлора корневых каналов, бактериологическое содержимое корневого канала.

Summary

The determination of species and quantitative composition microflora of the root canals in chronic apical periodontitis. 120 patients were examined with clinically and radiological confirmed diagnosis of chronic apical periodontitis of teeth. It has been established that the special environmental conditions of the root canal stimulate selective growth and persistence of anaerobic bacteria while longer infection of the root canal leads to the prevalence of bacteria in such ecosystems as pears parodontopathogenic, fusobacteria, as well as peptostreptococcus (up to 90% composition associations).

Key words: chronic periodontitis, microflora of the root canals, bacteriological contents of the root canals.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ТРЕЩИНОЙ ГУБ



Бекжанова О.Е., Юльбарсова Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Хроническая рецидивирующая трещина губ (ХРТГ) – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний в стоматологической практике. По данным обращаемости, частота возникновения ХРТГ составляет от 3,00 до 6,25%, длительно существующие трещины способны к малигнизации [1,3,4]. При этом более 50% больных находятся в трудоспособном возрасте, что, помимо медицинского, имеет и большое социально-экономическое значение [3,4]. Несмотря на множество консервативных и оперативных методов лечения, частота рецидивов и осложнений остается высокой [1,5].

Известно, что одной из причин развития является нестабильность психоэмоциональной сферы, обнаруживаемая у 90,0% пациентов. Наиболее распространенными психопатологическими расстройствами являются депрессия и тревожно-фобические состояния, которые определяют внимание к аффективным и пограничным психическим расстройствам у этих больных [2]. При этом клинические проявления ХРТГ варьируют в значительных пределах от малозаметных и не влияющих на качество жизни до требующих радикального хирургического вмешательства.

Цель исследования

Оценка психологического статуса у пациентов с различной тяжестью клинического течения ХРТГ.

Материал и методы

Изучена распространенность тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ХРТГ на стоматологическом терапевтическом приеме.

Для установления тревоги и депрессии была применена госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital anxiety and depression scale), разработанная A.S. Zigmond и R.P. Shraith. Данный вопросник, рекомендованный ВОЗ, является одним из наиболее надежных скрининговых инструментов в диагностике психосоциальных расстройств (Руководство по

медицинской профилактике; Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 450 с.). Оценка результатов осуществлялась в соответствии с суммарными оценочными баллами подшкал: тревога (нечетные пункты) и депрессия (четные пункты): 0–7 баллов → «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8–10 баллов → субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше → «клинически выраженная тревога/депрессия».

Исследование проводилось на базе кафедры факультетской терапевтической стоматологии с 2017 года. Были обследованы 75 пациентов с ХРТГ, средний возраст $45,64 \pm 2,11$ года. Мужчины составляли $65,00 \pm 7,54\%$, женщины – $35,00 \pm 7,54\%$. В контрольную группу вошли 40 человек, не имеющих заболеваний красной каймы губ, средний возраст $45,22 \pm 1,82$ года, мужчины составляли $66,67 \pm 5,44\%$, женщины – $33,33 \pm 5,44\%$.

Для оценки тяжести клинического течения ХРТГ использован разработанный нами метод «Клинической оценки тяжести патологического процесса при хронической рецидивирующей трещине губ».

Каждый признак (из числа включенных в анализ) оценивался по трехбалльной шкале.

Результаты и обсуждение

Исследования показали, что среди пациентов с ХРТГ клинически выраженные тревожные расстройства встречались у $56,00 \pm 5,73\%$, субклинические признаки – у $41,33 \pm 5,73\%$; не высказывали тревоги $2,67 \pm 1,86\%$ обследованных. При этом в группе сравнения жалобы на тревогу отсутствовали у $92,70 \pm 4,11\%$ опрошенных, у $7,30 \pm 4,11\%$ зарегистрирован субклинический уровень тревоги. Полученные данные свидетельствуют о том, что клинические и субклинические проявления тревожных расстройств у пациентов с ХРТГ встречаются статистически значимо чаще ($\chi^2=94,577$; $p \leq 0,001$).

Клинически выраженные депрессивные рас-

стройства были зарегистрированы у 58,67±5,69% пациентов; субклинические – у 34,67±5,50%. У лиц контрольной группы зарегистрированы лишь субклинические расстройства – у 10,00±5,73%; клинически значимые депрессивные расстройства не выявлены; разница с группой пациентов с ХРТГ статистически значима ($\chi^2=80,364$; $p\leq 0,001$).

На основании анализа полученных данных можно сделать вывод, что тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с ХРТГ встречаются статистически значимо чаще ($p\leq 0,001$).

Для оценки патогенетической роли тревожно-депрессивных расстройств в развитии ХРТГ мы провели анализ частоты их встречаемости у пациентов с различным клиническим течением заболевания. Установлено, что нарастание тяжести ХРТГ ассоциировано с увеличением субклинических и клинически выраженных тревожно-депрессивных расстройств. Так, отсутствие тревоги зарегистрировано лишь у 18,18±11,64% пациентов с легким течением заболевания; при этом субклинический уровень тревожных расстройств обнаружен у 72,73±13,47%, клинический – у 9,09±8,62%. При ХРТГ средней тяжести обнаруживались лишь субклинические (66,67±9,62%) и клинические (33,33±9,62%)

тревожные расстройства. У пациентов с тяжелым течением частота клинически выраженных тревожных расстройств обнаруживалась с максимальной частотой и достигала 82,50±6,00%; субклинических – 17,50±6,00%. Нарастание уровня тревоги с увеличением тяжести патологии красной каймы губ по сравнению с контролем подтверждено высокой статистически значимой связью между несколькими признаками ($\chi^2=129,749$; $p\leq 0,01$).

При анализе частоты депрессии ее отсутствие установлено у 36,36±14,47% пациентов с легким течением заболевания; 63,34±4,47% имели субклинический уровень депрессии. При ХРТГ средней тяжести число пациентов с отсутствием депрессии снижается до 4,17±5,90%, у 45,83±10,17% имеются субклинические депрессивные расстройства, у 50,00±10,21% имеет место клинически выраженная депрессия. У 80,00±6,32% пациентов с тяжелым течением ХРТГ имеется клинически выраженная депрессия, у 20,00±6,32% субклиническая; разница с группой контроля статистически значима ($\chi^2=106,734$; $p\leq 0,01$) (табл.). Частота смешанных тревожно-депрессивных расстройств также увеличивалась вместе с нарастанием тяжести патологии: отсутствовала при легком течении; имела у 50,00% при течении средней тяжести и у 90,00% при тяжелом течении.

Таблица

Частота тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ХРТГ различной тяжести, $M\pm m$

Оценка результата	Контроль здоровья	Степень тяжести ХРТГ			Всего больных с ХРТГ, n=75
		легкая, n=11	средней тяжести, n=24	тяжёлая, n=40	
Оценка уровня тревоги					
Норма	37/92,70±4,11	2/18,18±11,64	-	-	2/2,67±1,86
Субклиническая	3/7,30±4,11	8/72,73±13,47	16/66,67±9,62	7/12,50±6,0	31/41,33±5,69
Клиническая	-	1/9,09±8,62	8/33,33±9,62	8/33,33±9,62	42/56,0±5,73
$\chi^2 = 129,740$ p<0,001					χ^2 94,577p<0,001
Норма	36/90,00±4,74	4/36,36±14,47	1/4,17±5,90	-	5/6,66±2,88
Субклиническая	4/10,0±4,74	7/63,34±14,47	11/45,83±10,17	8/20,0±6,32	26/34,67±5,50
Клиническая	-	-	12/50,01±0,21	32/80,0±6,32	44/58,67±5,69

Примечание. В числителе – абсолютная величина, в знаменателе % от числа пациентов в группе. $\chi^2 = 80,364$ ($p<0,001$); $\chi^2 = 106,734$ ($p<0,01$).

Выводы

1. Встречаемость тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ХРТГ достоверно выше, чем у пациентов без заболеваний красной каймы губ.
2. Нарастание тяжести клинического течения ХРТГ ассоциировано с увеличением частоты

клинических форм тревожно-депрессивных расстройств.

3. Полученные результаты указывают на необходимость оказания пациентам с ХРТГ психологической помощи, адаптированной к тяжести клинического течения патологии губ.

Литература

1. Бекжанова О.Е., Юльбарсова Н.А. Показатели функциональной активности эндотелия у пациентов с хронической рецидивирующей трещиной губ // Клини. стоматол. – 2019. – № 2. – С. 24–26.
2. Бекжанова О.Е., Юльбарсова Н.А. Клинические критерии оценки тяжести клинического течения хронической рецидивирующей трещины губ // Мед. журн. Узбекистана. – 2019. – № 6. – С. 14–17.
3. Макеева И.М., Матавкина М.В. Онкологическая настороженность при заболеваниях губ // Стоматология для всех. – 2012. – № 2. – С. 54–58.
4. Матавкина М.В. Комплексная терапия у пациентов с хронической рецидивирующей трещиной губ с применением психотропных препаратов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 22 с.
5. Матавкина М.В. Роль неврогенного фактора в возникновении хронической рецидивирующей трещины губы // Стоматология. – 2012. – Т. 91, №3. – С. 76–79.

Резюме

Цель: оценка психологического статуса у пациентов с различной тяжестью клинического течения хронической рецидивирующей трещины губ (ХРТГ). **Материал и методы:** исследование проводилось на базе кафедры факультетской терапевтической стоматологии с 2017 г. Были обследованы 75 пациентов с ХРТГ, средний возраст

45,64±2,11 года. Мужчины составляли 65,00±7,54%, женщины – 35,00±7,54%. В контрольную группу вошли 40 человек, не имеющих заболеваний красной каймы губ, средний возраст 45,22±1,82 года, мужчины составляли 66,67±5,44%, женщины – 33,33±5,44%. **Результаты:** у пациентов с ХРТГ преобладали тревожно-фобические расстройства и депрессия. Их проявления варьировали от отсутствия при легком течении заболевания до субклинических форм при течении средней тяжести, также определяется депрессивные состояния, протекающие тяжелее. **Выводы:** пациентам с ХРТГ необходима психологическая помощь, адаптированная к тяжести клинического течения патологии губ.

Ключевые слова: красная кайма губ, хроническая рецидивирующая трещина губ, тревожно-депрессивные расстройства, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

ANNOTATION. A study in patients with CHRLC revealed a predominance of anxiety-phobic disorders and depression. Its manifestations vary from absence in the mild course of the disease to subclinical forms in the course of moderate severity, and depressive states that are more severe are also determined. Research results prove the need for psychological assistance to patients with CHRLC, adapted to the severity of the clinical course of lip pathology.

Key words: red border of lips. chronic relapsing crack of lips. Anxiety and depressive disorders, hospital anxiety scale and depression, HADS.

UDK: 616.31-002.157.2-08:[611.31-579.262

ANALYSIS OF THE MICROFLORA OF THE ORAL CAVITY IN THE CLINICAL COURSE OF THE CHRONIC RECURRENT ARTHOSIS OF STOMATITIS



Alimova D.M., Bahramova F.N.
Tashkent State Dental Institute

Chronic recurrent aphthous stomatitis (CPAS) is one of the most common inflammatory diseases of the oral mucosa (MOP), characterized by recurrent rash of aphthae with a prolonged course and periodic exacerbations. The study of chronic recurrent aphthous stomatitis for many years does not lose its relevance and continues to be a priority in modern dentistry [1,2,6].

One of the complex issues of the pathology of the oral mucosa (COP) is the treatment of chronic

recurrent aphthous stomatitis. The reason for the lack of effectiveness of therapy is the lack of a complete picture of the pathogenesis of CPAS.

In recent years, interest in the role of microorganisms in the etiology and pathogenesis of various diseases of the oral mucosa has increased [1–3,6].

However, the vast majority of studies devoted to the study of CPAS were carried out without taking into account the severity of the clinical course of

CPAS. Assessment of microbiocenosis was carried out according to the data of oral swabs without a detailed study of the number of microbiocenosis [4,7].

The significance of pathogenic microorganisms that make up the most important biotopes of the body in the persistence of the process and the recurrence of the disease has not been determined.

In recent years, there has been reason to consider the oral cavity and intestines as an essential part of the body's immune system. The microflora of these biotopes contributes to the formation of general body immunity due to the induction of antibodies of interferons, lysozyme, cytokines, immunoglobulins, complement [2,3,5,8,9].

Promising in this regard is the conduct of comprehensive studies to study the clinical and pathogenetic features of the development of CPAS, assess the nature of the disorders of the microbiocenosis of the oral cavity and large intestine, their role in the development of the disease.

It can be assumed that a comprehensive solution to this issue will reveal some pathogenetic mechanisms of recurrence of the pathological process, evaluate the role of microbiocenosis disorders in the main biotopes of the body.

Objective

To study the state of microbiocenoses of the main biotopes of the oral cavity in patients with various clinical course of HRAS.

Materials and methods

Research on the study of ASD was carried out at the Department of Hospital Therapeutic Dentistry and Therapeutic Dental Clinic TGSI.

The material for analysis and conclusions were the results of a survey of 43 patients with recurrent aphthous stomatitis. As a norm, data were taken from a survey of 10 people of the corresponding gender and age of the patient.

In the oral fluid, not only a qualitative microbial landscape was determined, but also a quantitative content of representatives of the normocenosis, conditionally and pathogenic microflora, which made it possible to determine dysbiotic changes in the oral cavity.

For this, test tubes with oral liquid were delivered to the laboratory for 1 hour, where a series of serial dilutions were prepared with culture on the appropriate differential diagnostic media, incubation of cultures for 29–72 ches and study of the cultural, morphological and biochemical characteristics of the isolated

microorganisms. The results were expressed in Ig CFU/ml.

Results

Communicating with the external environment, the oral cavity is populated by microorganisms representing a complex and stable ecosystem. From a wide variety of species inhabiting the oral cavity, we studied resident, pathogenic, and conditionally pathogenic species that determine the colonial resistance of this biotope. An analysis of the microflora composition showed that healthy people (control group) were dominated by representatives of normal microflora, representatives of opportunistic microorganisms were present in insignificant titers. The presence of CPAS on oral mucosa was accompanied by impaired microbiocenosis, while the severity of dysbiotic changes progressively increased with an increase in the severity of the process on SOP.

The oral cavity is often colonized by lactobacilli. These microorganisms are capable of producing proteases, peptidases and bacteriocytins, performing a physiologically important function of maintaining the constancy of the internal environment of the body. These microorganisms are involved in providing non-specific resistance and become part of the environmental barrier. In this case, lactobacilli have an antagonistic effect on pathogenic microorganisms, blocking the receptors of epithelial cells, protecting themselves from the adhesion of pathogens [2,3,5].

As can be seen from table 1, the titers of lactobacilli of the oral fluid were lowered relative to the control ($p < 0.05$) already in patients with mild XPA – 2.0 ± 0.09 CFU/ml; moderate severity – 1.62 ± 0.07 ($p < 0.01$) and severe course – 1.23 ± 0.04 ($p < 0.01$) versus 2.42 ± 0.11 CFU / ml in the control group. Against this background, the number of bacteriocytins sharply increased, amounting to 2.51 ± 0.12 ($p < 0.01$); 3.02 ± 0.14 ($p < 0.01$) and 4.00 ± 0.19 CFU/ml ($p < 0.01$) versus 2.01 ± 0.09 CFU/ml in the control group; the corresponding dynamics of clostridia was 1.23 ± 0.06 ($p < 0.05$); 2.0 ± 0.08 ($p < 0.05$) and 2.73 ± 0.12 ($p < 0.01$) CFU/ml vs. 0.92 ± 0.03 CFU/ml in the control.

An indicator of microbiological distress is the detection of various variants of *E. coli*, a microorganism of an unusual oral biotope. Thus, the total concentration of *E. coli* progressively increased from 1.0 ± 0.04 CFU/ml in patients with mild ASD to 1.32 ± 0.05 – 3.25 ± 0.14 CFU/ml, respectively, with an average and severe severity; the concentration of *E. coli* with hemolytic activity was 0.63 ± 0.02 , respectively; 0.88 ± 0.03 and 1.32 ± 0.04 CFU/ml.

Table

Oral microbiocenosis (in Ig KOE/ml) of oral fluid in patients with various clinical courses of CPAS

Microorganisms	Control	Clinical course of ASD		
		light	medium	heavy
Lactobacillus spp.	2,42±0,11	2,00±0,09 ^a	1,62±0,07 ^{ab}	1,23±0,04 ^{abc}
Bacteroides spp.	2,01±0,09	2,51±0,12 ^a	3,03±0,4 ^{ab}	4,00±0,19 ^{abc}
Clostridium	0,92±0,03	1,23±0,06 ^a	2,00±0,08 ^{ab}	2,73±0,12 ^{abc}
Enterobacillus	-	0,62±0,03 ^a	0,81±0,03 ^{ab}	1,25±0,05 ^{abc}
E.coli (lac+/hem-)	-	0,25±0,01 ^a	0,48±0,02 ^{ab}	0,83±0,04 ^{abc}
E coli (lac+/hem+)	-	0,32±0,01 ^a	0,92±0,04 ^{ab}	1,26±0,05 ^{abc}
E coli (lac-/hem-)	-	-	0,26±0,01 ^{ab}	0,91±0,03 ^{abc}
E coli (lac-/hem+)	-	-	0,44±0,02 ^{ab}	1,23±0,06 ^{abc}
E coli (only hem+)	-	0,63±0,02 ^a	0,88±0,03 ^{ab}	1,32±0,04 ^{abc}
E coli (amount)	-	1,0±0,04 ^a	1,32±0,05 ^{ab}	3,25±0,14 ^{abc}
Klebsiella (amount)	1,82±0,07	2,32±0,10 ^a	2,62±0,11 ^{ab}	2,88±0,12 ^{abc}
Proteus vulgaris	1,10±0,04	1,52±0,07 ^a	2,03±0,03 ^{ab}	2,42±0,11 ^{abc}
Staph. aureus	3,12±0,12	4,00±0,15 ^a	4,25±0,21 ^{ab}	4,82±0,23 ^{abc}
Staph. spp.	3,26±0,15	3,82±0,17 ^a	4,42±0,20 ^{ab}	4,95±0,25 ^{abc}
Enterococcus	-	0,52±0,02 ^a	0,61±0,02 ^{ab}	1,23±0,05 ^{abc}
Candida	1,32±0,06	1,88±0,07 ^a	2,13±0,10 ^{ab}	3,16±0,14 ^{abc}

Note. a – $p < 0.05$ with respect to control; b – $p < 0.05$ to the mild course of XPA; c – $p < 0.05$ with respect to moderate chronic pain.

Against the background of a decrease in the activity of resident microflora, the release of opportunistic microorganisms sharply increased. Thus, Klebsiella titers in mild ASD were 2.32 ± 0.10 ($p < 0.05$); moderate severity – 2.62 ± 0.11 ($p < 0.05$) and severe course of 2.88 ± 0.12 CFU/ml ($p < 0.05$) versus 1.82 ± 0.07 CFU/ml in the control; the corresponding dynamics of the protea was 1.52 ± 0.07 ($p < 0.01$); 2.03 ± 0.09 ($p < 0.01$) and 2.42 ± 0.11 ($p < 0.01$) CFU/ml versus 1.10 ± 0.04 CFU/ml.

Against the background of an increase in the severity of the clinical course of ASD, pathogenic and conditionally pathogenic coccal microflora were activated. So, the titer of Staphylococcus aureus in patients with mild ASD was 4.0 ± 0.15 ($p < 0.05$); moderate severity – 4.25 ± 0.21 ($p < 0.05$) and severe severity – 4.82 ± 0.23 ($p < 0.05$) CFU/ml vs. 3.21 ± 0.12 CFU/ml control group; the corresponding dynamics of pathogenic staphylococcus and enterococci was 3.82 ± 0.17 ($p < 0.05$); 4.42 ± 0.20 ($p < 0.01$) and 4.95 ± 0.25 ($p < 0.01$) versus 3.26 ± 0.15 CFU/ml in the control; and 0.52 ± 0.02 ; 0.61 ± 0.02 and 1.23 ± 0.05 against lack of control.

The growth of Candida genus was noted, while in patients with mild CPAS, the average titer of fungi was 1.88 ± 0.10 ($p < 0.05$) CFU/ml, and medium and heavy, respectively, 2.13 ± 0.10 ($p < 0.05$) and 3.16 ± 0.14 ($p < 0.05$) versus 1.32 ± 0.08 COC/ml in the control (table).

Microbial imbalance leads to the activation of lipid peroxidation processes, a change in non-specific resistance and exacerbation of inflammatory mucosal lesions.

In recent years, an opinion has been established that microbiocenosis disorders are considered not as a reflection of the pathological process, but as a pathogenetic mechanism in the development of a particular disease, and in some cases, the trigger mechanism of the disease [2,8,9].

Thus, dysbiosis can act as an etiological factor or accompany the disease. Changes in the microbial balance in the oral cavity are closed by a vicious circle: pathogenic microflora reduces the resistance of the tissues of MOP, impaired adhesion of neutrophils, chemotaxis and phagocytosis, and multiplication and persistence of microflora increase.

Conclusions

An increase in the severity of the clinical course of CPAS is associated with an increase in the number of

bacteria in the oral cavity, mainly due to opportunistic pathogens. The level of gram-negative bacteria increases in proportion to the severity of the clinical course of CHRAS, which can lead to an aggravation of the course of the disease.

Literature

1. Абрамова Е.Р. Сравнительная оценка эффективности комплексной терапии у больных с дисбактериозом слизистой оболочки полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 25 с.
2. Алимова Д.М., Камилов Х.П. Повышение эффективности лечения рецидивирующего афтозного стоматита с применением озона: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2018. – 38 с.
3. Алимова Д.М., Камилов Х.П., Бекжанова О.Е. Роль про и противовоспалительных цитокинов в патогенезе рецидивирующего афтозного стоматита // Клини. стоматол. – 2017. – №1. – С. 20–24.
4. Евстигнеев И.В. Исследование микрофлоры полости рта и оценка местного иммунитета // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2013. – Т. 4 (63). – С. 26–31.
5. Камилов Х.П., Алимова Д.М. Современные аспекты клиники и этиопатогенеза рецидивирующего афтозного стоматита // Ўзбекистон тиббиёт журнали. – 2015. – №3. – С. 86–90.
6. Успенская О.А., Шевченко Е.А., Болтенко С.А. Современные методы лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у женщин с урогенитальной инфекцией и без нее // Соврем. пробл. науки и образования. – 2015. – №1–1.
7. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Гусева А.В., Абрамова В.С. Лечение больных с рецидивирующим афтозным стоматитом, осложненным дисбактериозом полости рта // Клини. стоматол. – 2010. – №3. – С. 18–20.
8. Царев В.Н. Микробиология, вирусология и иммунология полости рта. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 576 с.
9. Sookkhee S., Chulasiri M., Prachyabrand W. Lactic acid bacteria from healthy oral cavity of Thai volunteers: inhibition of oral pathogens // J. App. Microbiol. – 2010. – Vol. 90, № 2. – P. 172–179.

Summary

Communicating with the external environment, the oral cavity is populated by microorganisms representing a complex and stable ecosystem. From a wide variety of species inhabiting the oral cavity, resident, pathogenic, and conditionally pathogenic species that determine the colonial resistance of this biotope were studied. An analysis of the composition of microflora showed that the titers of pathogenic microorganisms progressively increased with an increase in the severity of the process in oral mucosa.

Key words: aphthous stomatitis, microbiocinosis, pathogenic microorganisms, conditionally pathogenic microorganisms.

Rezumesi

Tashqi muhit bilan aloqa qilganda, og'iz bo'shlig'ida murakkab va barqaror ekotizimni ifodalovchi mikroorganizmlar yashaydi. Ushbu biotopning rezistentligini ifodalovchi og'iz bo'shlig'ida ko'plab turlardan biri rezident, patogen va shartli patogen mikroorganizmlar o'rganildi. Mikroflora tarkibining tahlili shuni ko'rsatdiki, patogen mikroorganizmlarning titrlari OBSHQ dagi jarayonning og'irligi oshishi bilan asta-sekin o'sib boradi.

Резюме

Сообщаясь с внешней средой, полость рта заселяется микроорганизмами, представляющими сложную и стабильную экосистему. Из большого разнообразия видов, заселяющих полость рта, авторами были изучены резидентные, патогенные и условно-патогенные виды, определяющие колониальную резистентность этого биотопа. Анализ состава микрофлоры показал, что титры патогенных микроорганизмов прогрессивно увеличивались с увеличением тяжести процесса на слизистую оболочку полости рта.

Ключевые слова: полость рта, резидентные, патогенные и условно-патогенные виды микрофлоры.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИОДОНТИТОВ



¹Усмонов Р.Р., ¹Мансуров А.А., ¹Эшбадалов Х.Ю., ²Махкамова Ф.Т., ³Икрамов Г.А.

¹Областная стоматологическая поликлиника г. Андижана, ²Ташкентский педиатрический медицинский институт, ³Ташкентский государственный стоматологический институт

Лечение острых и хронических форм периодонтита является одной из наиболее важных проблем терапевтической и хирургической стоматологии, которая далека от своего решения. Это связано со значительной распространенностью этого заболевания, сложностью и трудоемкостью врачебных манипуляций, большим процентом неудач и осложнений при лечении [2,3].

Среди лиц, обратившихся за неотложной стоматологической помощью, больные острым или обострившимся хроническим периодонтитом составляют 75%. Помимо болевого синдрома, характерного для этого заболевания, наличие очага одонтогенной инфекции представляет опасность для тканей, органов полости рта и организма в целом за счет прогрессирующего пополнения микробного пейзажа ротовой жидкости патогенами, бактериотоксинами. Повышение качества лечения больных периодонтитом остается важной задачей [1,5].

Лечение острых и хронических периодонтитов – один из основных вопросов практической стоматологии [4].

Среди других методов лечения, применяемых при острых и хронических периодонтитах, физические методы, наиболее эффективными являются УВЧ-терапия, электрофорез корневых каналов и др. [6].

Цель исследования

Оценка эффективности физических методов лечения в комплексе с другими общепринятыми методами, применяемыми при лечении острых и хронических периодонтитов.

Материал и методы

За последние 3 года под нашим наблюдением были 425 больных (275 женщин и 150 мужчин) в возрасте от 17 до 65 лет. С острыми формами периодонтита было 315 больных, с хроническим течением – 110.

Результаты

При острых периодонтитах после создания оттока для экссудата путем трепанации зуба (обычно под инфильтрационной или проводниковой анестезией 2% раствором лидокаина с добавлением 0,1% адреналина) для снятия острых болей и отечности окружающих мягких тканей проводили внутриротовую дарсонвализацию по переходной складке (в течение 5–7 мин) в комплексе с УВЧ-терапией (продолжительностью 10–12 мин). В единичных случаях дополнительно производилось облучение лампой соллюкс (продолжительностью 15–20 мин). Кроме того, больным назначали теплые содовые ванночки. Комплексное физиолечение позволило в кратчайшие сроки (обычно за 1–2 дня) ликвидировать острые воспалительные процессы в периодонте. Следовательно, физические методы лечения в комплексе с другими методами при острых периодонтитах достаточно эффективны.

При хронических верхушечных периодонтитах в зубах с непроходимыми корневыми каналами мы применяли метод электрофореза корневых каналов с 5% настойкой йода и йодистого калия.

Эта методика физиолечения применена у 74 больных (103 зуба) в возрасте от 17 до 62 лет. С хроническим фиброзным периодонтитом был 21 зуб (2 резца, 2 клыка, 8 премоляров и 9 моляров), с хроническим гранулематозным периодонтитом – 9 (6 моляров верхней и 3 моляров нижней челюсти); с хроническим гранулирующим периодонтитом – 27 (9 премоляров, 6 моляров верхней и 12 нижней челюсти). Количество и продолжительность процедур подбирались индивидуально в зависимости от формы воспалительного процесса в периодонте. Так, при хроническом фиброзном периодонтите в зубах, не выдерживающих герметизма, производилось в среднем от 1 до 4 процедур, а при гранулирующем и гранулематозном – от 6 до 10

процедур. После проведенного физиолечения электрофорезом зубы пломбировали.

Отдаленные результаты лечения в сроки от 3-х до 6 месяцев прослежены у 40 больных (48 зуба). При клиническом и рентгенологическом обследовании у 2 больных отмечались отрицательные результаты лечения; в 2 зубах на рентгенограммах прогрессировала резорбция костной ткани околоверхушечной области при полном клиническом благополучии; 6 зубам понадобилось повторное пломбирование из-за дефектов пломб.

Положительные клинико-рентгенологические результаты отмечались у 32 (36,9%) больных (38 зубов). За данный период после лечения ни у одного из больных не было болевой реакции, свищи закрылись, зубы хорошо фиксированы, перкуссия безболезненна, окружающие мягкие ткани не изменены. Рентгенологически у 16 больных (19 зубов) удалось добиться полной регенерации костной ткани, у 14 (15 зубов) – частичной, а у 12 больных патологический процесс стабилизировался.

Следовательно, электрофорез корневых каналов является наиболее эффективным методом физиолечения хронических периодонтитов в зубах с непроходимыми корневыми каналами, а также в зубах, не выдерживающих герметизма.

Литература

1. Барер Г.М., Кочержинский В.В., Овчинникова И.А. Влияние местного применения комплекса антибактериальных препаратов на течение хронического периодонтита // Клин. стоматол. – 1997. – № 3. – С. 12–14.
2. Батюков Н.М. Ошибки и осложнения при лечении верхушечного периодонтита // Уральский стоматол. журн. – 2001. – № 3. – С. 9–11.
3. Батюков Н.М., Черкасова Д.В., Мозговая Е.А. Перспектива использования зубов, леченных методом депофореза гидроокиси меди-кальция // Уральский стоматол. журн. – 2001. – №3. – С. 22–24.
4. Безрукова И.В. Быстропрогрессирующий периодонтит. – М., 2004. – 144 с.
5. Безрукова И.В., Герчиков Л.Н. Анальгетическое действие препарата кетанов в комплексном лечении больных с пульпитами и периодонтитами // Стоматология. – 2000. – № 2. – С. 10–11.
6. Белова О.Е., Елизарьева Е.А., Ронь Г.И. Информационно-волновая терапия при забо-леваниях пародонта // Уральский стоматол. журн. – 2002. – № 2. – С. 30–33.

Резюме

Цель: оценка эффективности физических методов лечения в комплексе с другими общепринятыми методами, применяемыми при лечении острых и хронических периодонтитов.

Материал и методы: за последние 3 года под нашим наблюдением были 425 больных (275 женщин и 150 мужчин) в возрасте от 17 до 65 лет. С острыми формами периодонтита было 315 больных, с хроническим течением – 110. **Результаты:** в отдаленные сроки после лечения отрицательные результаты отмечались только у 2 больных. Положительные клинико-рентгенологические результаты получены у 32 (36,9%) больных (38 зубов). **Выводы:** электрофорез корневых каналов – эффективный метод физиолечения хронических периодонтитов в зубах с непроходимыми корневыми каналами.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, острый периодонтит, хронический периодонтит, физиолечение.

Резюмеси

Ушбу маколада уткир ва сурункали периодонтитларни комплекс давада физиологик усулларни самардорлиги курсатиб утилган.

40 та беморда (48тишлар) узок муддатли даволаниш муддатлари (3ойдан 6 ойгача ташхисланган). Клиник ва рентгенологик текширувлар натижасида 2 та беморда салбий натижалар олинди; рентген тасвирида 2 та тишда ижобий натижалар курилди; бта тиш кайта даволанди. Сурункали перодонтит касалликлариди физотерапевтик усулларидан илдиз каналларини электрофорез усули самарадор хисобланади.

Калит сузлар: уткир периодонтит, сурункали периодонтит, физиодаво, юз-жаг сохаси.

Summary

This article shows the results of studying the effectiveness of physical treatment methods in combination with other generally accepted methods used in the treatment of acute and chronic periodontitis.

Long-term results of treatment (from 3 months to 6 months) were diagnosed in 40 patients (48 teeth). Clinical and x-ray examination in 2 patients showed negative treatment results; in 2 teeth, radiographs showed progression of bone resorption of the periapical region with complete clinical well-being; 6 teeth were re-filled due to defects in fillings. Root canal electrophoresis is the most effective method of physiotherapy of chronic periodontitis in teeth with impassable root canals.

Key words: acute periodontitis, chronic periodontitis, physiotherapy, maxillofacial region.

ПРИМЕНЕНИЕ ФАРГАЛСА И ИММУНОКТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



¹Эшбадалов Х.Ю., ²Махкамова Ф.Т., Фаттаева Д.Р., Пулатов Н.Х., Хидирова Д.Т., ²Юсупов Н.Ш.

¹Андижанский государственный медицинский институт, ²Ташкентский педиатрический медицинский институт

В настоящее время, больные с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (ОГВЗ ЧЛО) – периоститами, абсцессами и флегмонами, остеомиелитами – составляют около половины и более пациентов стоматологических стационаров [1,8,9]. В связи с этим разработка новых схем лечения ОГВЗ ЧЛО остается проблемой актуальной. Это связано, во-первых, с увеличением числа больных, а во-вторых, с ростом количества осложнений, угрожающих жизни больного [1,8,9].

Одной из основных причин роста более тяжелого течения ОГВ процессов в мягких тканях ЧЛО являются нарушения в характере взаимодействия между микросимбионтами полости рта и макроорганизмами в целом, а также увеличением количества антибиотикоустойчивых штаммов микробов, возникающих при нерациональной антибиотикотерапии [5]. Применяемые способы введения антимикробных препаратов (инъекции, аппликации) не всегда эффективны или оказывают кратковременное воздействие на возбудителей при гнойно-воспалительных заболеваниях [3,4,6,7,10,11].

В настоящее время известен ряд лекарственных препаратов (антибиотики, тималин, Т-активин, тимомодулин, левамизол) и физических факторов (лазерное излучение, ультразвуковое воздействие), способных стимулировать иммунные процессы, что дало основание для широкого их внедрения в комплексную терапию ОГВЗ ЧЛО [1,2]. Однако в связи с утяжелением клиники ОГВЗ ЧЛО, то есть появлением тенденции к распространению их на несколько соседних анатомических областей методы лечения требуют дальнейшего совершенствования.

В связи с этим становится вполне очевидной перспективность изучения влияния препаратов ФарГалс и Иммунокта на клинко-лабораторное, иммунологическое и микробиологическое течение ОГВП ЧЛО. ФарГалс обладает широким антимикробным спектром действия: бактерицидным на различные группы микроорганизмов (грамположительные и грамотрицательные бактерии, простейшие, грибы и вирусы). Иммунокта оказывает стимулирующее действие на клеточный иммунитет, регенерирующее, ранозаживляющее и общее тонизирующее действие, восстанавливает содержание Т-лимфоцитов, повышает фагоцитоз, а также способствует рассасыванию продуктов воспаления и нейтрализации недоокисленных продуктов обмена.

Цель исследования

Оценка эффективности препаратов ФарГалс и Иммунокта в комплексном лечении острых гнойно-воспалительных процессов ЧЛО.

Материал и методы

Для решения поставленной цели обследованы 230 больных с различными формами острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, в том числе 60 больных периоститами, 50 абсцессами, 50 флегмонами и 70 с острыми остеомиелитами, осложнившимися абсцессами и флегмонами. В день поступления всем больным производилось вскрытие абсцессов и флегмон с дренированием раны, удаление причинных зубов.

Больные были разделены на четыре группы, а каждая из групп в свою очередь – на контрольную и опытную подгруппы. В контрольную подгруппу включены 110 больных (30 с периоститами,

20 с абсцессами, 2 с флегмонами и 40 с острыми остеомиелитами, у 20 осложнившимися абсцессами и у 20 флегмонами). Больных лечили общепринятыми методами. 120 больных опытной подгруппы, из которых 30 были с периоститами, 25 с абсцессами, 25 с флегмонами и 40 с остеомиелитами, осложнившимися у 20 абсцессами и у 20 флегмонами. Все больные получали комплексное лечение препаратами ФарГАЛС и Иммунокта. Препарат ФарГАЛС применяли местно при периоститах и абсцессах 2 раза, а при флегмонах и остеомиелитах 3 раза в сутки. Кроме того, больные получали внутрь препарат Иммунокта по 1 таб. 3 раза в день после еды в течение всего срока лечения.

Эффективность действия препаратов ФарГАЛС и Иммунокта при лечении острого гнойно-воспалительного процесса ЧЛЮ оценивали по результатам клинических, лабораторных, иммунологических и бактериологических исследований.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке по методу Стьюдента – Фишера в модификации Бирюковой (1964).

Результаты и обсуждение

У больных основных групп значительно быстрее уменьшалась интенсивность местных признаков воспаления: отека, гиперемии, местных болей. Кроме того, у больных основных групп клинически на 3–4 дня раньше, чем в контрольных группах прекращалось выделение гноя, отторжение некротических тканей, происходило очищение раны ($p < 0,05$).

Наряду с положительными местными изменениями, у больных основных групп также в более ранние сроки нормализовались количество лейкоцитов, СОЭ, лейкоцитарный индекс интоксикации, улучшалось самочувствие (прекращались головные боли, улучшался сон и т.д.), нормализовалась температура тела, что свидетельствовало о способности препаратов ФарГАЛС и Иммунокта купировать местные признаки воспаления и явления интоксикации организма.

При бактериологическом исследовании у 23 из 120 больных в исследуемом материале анаэробная флора не обнаружена. У 97 (88,3%) больных высеяны анаэробные микроорганизмы, как в чистой культуре, так и в ассоциации с другими анаэробами и с факультативными анаэробами и аэробами. Среди анаэробов преобладающее

большинство выделенных культур относились к бактероидам и фузобактериям, значительно реже выделялись клостридии, пептострептококки и вейлонеллы. Из бактероидов 21 штамм был идентифицирован как *B. oralis*, 10 – как *B. asaccharoliticus*, 13 – как *B. fragilis*, 12 – как *B. melaninogenicus*, 10 – как *B. ureolyticus*. 14 не укладывались в известные схемы идентификации. Среди фузобактерий 21 – был идентифицирован как *F. necroforum*, 14 – как *F. nucleatum*, 8 – как *F. mortiferum*, а 5 не были идентифицированы. Наиболее частыми ассоциантами анаэробов выступали эпидермальные, золотистые стафилококки и гемолитические стрептококки.

Всем больным назначалось общеукрепляющая, десенсибилизирующая и обычная антибактериальная терапия (пенициллин и др.).

Результаты наблюдения за больными в динамике показали, что при применении ФарГАЛСа в сочетании с препаратом Иммунокта на 3–4-е сутки из выделений раны исчезали аэробы и анаэробы. У больных контрольных групп клиническое выздоровление наступало медленнее, а бактероиды и фузобактерии из ран выделялись до 5–6-х суток. Применяемый нами в комплексном лечении ОГВ заболеваний ЧЛЮ ФарГАЛС оказывает противомикробное действие, что в свою очередь способствовало исчезновению анаэробных и аэробных микробов в ране. При этом было выявлено, что использованные препараты обладают противовоспалительным и иммуностимулирующим действием, что приводит к ускоренному очищению раны от некротических тканей и резкому уменьшению поступления в организм бактериальных токсинов, что способствует нормализации местных и общих механизмов защиты.

Под влиянием Иммунокта происходит восстановление хелперно-супрессорного числа периферических Т-лимфоцитов, а также очищение раны от гнойно-некротического масса, ускорение заживления раневой поверхности, сокращение сроков пребывания больных в стационаре.

Таким образом, ФарГАЛС и Иммунокта в комплексном лечении больных с ОГВЗ ЧЛЮ оказали патогенетическое воздействие на течение гнойно-воспалительного процесса, что проявилось в сокращении сроков лечения и способствовало снижению риска развития тяжелых осложнений в виде медиастинита, менингита и сепсиса.

Литература

1. Азимов М.И. Пропедевтика хирургической стоматологии. – Ташкент, 2009. – 219 с.
2. Биберман Я.М., Стародубцев В.С., Шутова А.П. Антисептики в комплексном лечении больных с околочелюстными абсцессами и флегмонами // Стоматология. – 1996. – № 6. – С. 25–27.
3. Воробьев А.А. и др. Состояние проблемы инфекций, вызываемых неспорообразующими анаэробными бактериями // Вестн. РАМН. – 1996. – № 2. – С. 3–8.
4. Воробьев А.А., Миронов А.Ю., Пашков Е.П. Современное состояние в лабораторной диагностике инфекций, вызываемых неспорообразующими анаэробами, и пути ее совершенствования // Вестн. АМТН. – 2010. – № 1. – С. 15–22.
5. Губин М.А., Харитонов Ю.М. и др. Синдром эндогенной интоксикации и тактика детоксикационной терапии в лечении гнойных заболеваний лица и шеи // Стоматология. – 1996. – Т. 75, № 4. – С. 23–27.
6. Дурново Е.А. и др. Клинико-иммунологические особенности осложненного течения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2010. – № 2. – С. 29–31.
7. Миронов А.Ю. Современные подходы к лабораторной диагностике анаэробной неклостридиальной инфекции // Клини. лаб. диагностика. – 2011. – №8. – С. 25–28.
8. Оганесян А.А., Губин М.А. Иммунотерапия в гнойной хирургии лица и шеи // Стоматология. – 2011.
9. Оганесян А.А., Хрушев Н.А. Состояние гомеостаза при анаэробной неклостридиальной инфекции мягких тканей лица и шеи в раннем послеоперационном периоде // Стоматология. – 2012.
10. Русаков Е.В. и др. Микробиологическая оценка эффективности комплекса лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2010. – №2. – С. 102–108.
11. Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. – СПб, 2001. – 230 с.

Резюме

Цель: оценка эффективности препаратов ФарГАЛС и Иммунокта в комплексном лечении острых гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. **Материал и методы:** обследованы 230 больных с различными формами острых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, в том числе 60 больных периоститами, 50 абсцессами, 50 флегмонами и 70 с острыми остеомиелитами, осложнившимися абсцессами и флегмонами. В день поступления всем больным производилось вскрытие абсцессов и флегмон с дренированием раны, удаление причинных зубов. **Результаты:** клинико-лабораторные, иммунологические и бактериологические исследования показали, что при использовании препаратов ФарГАЛС и Иммунокта в комплексном лечении острых гнойно-воспалительных заболеваний значительно быстрее происходила ликвидация местных и общих признаков воспаления, ускорялось очищение раны от некротических масс, благодаря чему ускорялось заживление раны вторичным натяжением. **Выводы:** ФарГАЛС и Иммунокта в комплексном лечении больных с острыми гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области оказали патогенетическое воздействие на течение гнойно-воспалительного процесса, что проявилось в сокращении сроков лечения, благодаря чему снижался риск развития тяжелых осложнений в виде медиастинита, менингита и сепсиса.

Ключевые слова: острые гнойно-воспалительные процессы челюстно-лицевой области, осложнения, ФарГАЛС, Иммунокта.

Резюме

Биз юз-жаг сохаси одонтогенн уткир яллигланиш касалликларини комплекс даволашда 230 та беморларга ФарГАЛС ва Иммунокта дориларни кулладик. Ушбу касалликларни даволашда ФарГАЛС ва Иммунокта дориларнинг таъсир самарасини клинико-лаборатор, иммунологик ва бактериологик текширувлар асосида курсатиб берилди. Комплекс даво натижасида беморлар умумий ва махаллий яллигланиш белгиларини сурилишига ва операция натижаси яраси тез ва киска муддатда некротик тукималардан тозаланишига, жаррохатнинг иккиламчи биттишига олиб келди.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ УСТРАНЕНИЕ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ТРАНСПЛАНТАЦИОННОЙ ТЕХНИКИ



Боймурадов Ш.А., Сабилов Э.Э.
Ташкентская медицинская академия

Рецессия десны, по разным данным, встречается в 77,2% и даже в 99,2% случаев, в основном у пациентов с тонким биотипом. Из факторов, способствующих развитию и прогрессированию формирования рецессий, наиболее значимыми являются общесоматические заболевания (в первую очередь заболевания сердечно-сосудистой системы, шейный остеохондроз), наличие травматических уздечек и выраженных мышечных тяжей, травмирующие движения при чистке зубов, присоединившийся вторичный пародонтит, неправильное проведение разрезов на десне, зубо-альвеолярное удлинение, ортодонтические аномалии положения зубов и окклюзии [1,4,6].

Возможности хирургического устранения рецессии десны во многом зависят от клинической ситуации и причины её развития. В классификации ВОЗ (Женева, 1997) выделяют следующие рецессии: постинфекционную, послеоперационную, генерализованную, локализованную и неуточненной этиологии (идиопатическую) [2].

Кроме того, возможно обнаружение не только видимой рецессии, но и скрытой, которая обнаруживается лишь при зондировании. Прогноз полного закрытия рецессий достаточно чётко отражён в классификации Miller (1985):

- класс I. Рецессия в пределах свободной десны. Потеря десны и (или) кости в межзубных промежутках отсутствует (подкласс А – узкая, В – широкая). Возможно закрытие на 100%.
- класс II. Рецессия распространяется за уровень переходной складки. Потеря десны и (или) кости в межзубных промежутках отсутствует (подкласс А узкая, В – широкая). Возможно закрытие на 100%.
- класс III. Рецессия II класса сочетается с потерей уровня костной ткани с одной из апроксимальных поверхностей (подкласс А – без вовлечения соседних зубов, В – с вовлечением соседних зубов). Невозможно закрытие корня на 100% без НРТ.

– класс IV. Потеря десны и кости в межзубных промежутках – циркулярная (подкласс А – у ограниченного количества зубов, В – генерализованная горизонтальная потеря десны). Закрытие корня невозможно.

Способов закрытия рецессий и увеличения зоны кератинизированной десны известно очень много, но зачастую они обеспечивают хороший результат лишь при неглубоких рецессиях, тогда как при множественном тяжёлом поражении лечение будет состоять из нескольких этапов, а в некоторых случаях, когда речь идёт о восстановлении утраченных тканей пародонта, потребуются проведение дополнительной костной пластики, НРТ или ортодонтической стимуляции образования кости на поверхности корня [3,5,7].

Субэпителиальный соединительнотканый трансплантат (ССТ), который описали Langer и Langer со своими модификациями, используется с 1985 года и позволяет, сохраняя естественную окраску и форму десны, устранить рецессии 1-го и 2-го класса по Миллеру более чем на 90%. Он также может быть использован на 1-м этапе лечения для увеличения объёма тканей и изменения биотипа десны [3,5].

Цель исследования

Анализ эффективности использования различных видов трансплантатов для закрытия десневых рецессий.

Материал и методы

В стоматологической поликлинике 2-й клиники ТМА и в поликлинике №2 Юнусабадского района за 3 года лечение получили 10 пациентов с десневыми рецессиями 1-го и 2-го классов по Миллеру с использованием свободного расщеплённого трансплантата с нёба и 10 – с применением субэпителиального соединительнотканного трансплантата в сочетании с коронарным смещением лоскута. Использовался трансплантат средней толщины (0,5–0,75 мм). Еще 5 пациентам была проведена операция по закрытию

рецессий ССТ с эпителиальной краевой полоской по конвертной методике. Результат оценивался по данным клинического обследования и измерения величины первоначальной и остаточной рецессии, измерению глубины преддверия оценке биотипа до и после операции. Сроки наблюдения составили 1, 3, 6 месяцев, 1 год и далее до 3-х лет.

Результаты и обсуждение

Наиболее типичными и показательными являются методики оперативной техники, о чем свидетельствует наше наблюдение.

Использование субэпителиального соединительнотканного трансплантата в сочетании с коронарным смещением лоскута закрытия десневых рецессий. Пациентка К., 28 лет, обратилась с жалобами на обнажение корня зуба 4.1, кровоточивость десны и быстрое увеличение рецессии в последние месяцы. Причинами рецессии послужили выраженное натяжение десневого края со стороны уздечки нижней губы и неудовлетворительная гигиена. При обследовании выявлена рецессия зуба 4.1 глубиной 6 мм, выходящая за переходную складку, с большим количеством мягкого и твёрдого зубного налёта. Прикус близкий к ортогнатическому. Д-з: мелкое преддверие полости рта в области нижней челюсти, щёчно-альвеолярные тяжи, короткая уздечка нижней губы, множественные десневые рецессии 1-го класса по Миллеру в области премоляров и клыков, рецессия 3-го класса (1-й подкласс) зуба 4.1. На лечении выполнено закрытие основной рецессии. Под инфильтрационной анестезией области рецессии сформирован трапециевидный слизистый лоскут через десневой край, внутри мягких тканей отсепарованы тяжи в основании уздечки от надкостницы. Поверхность рецессии обработана керамической фрезой и 18% раствором лимонной кислоты в течение 2–3-х минут для удаления смазанного слоя, и промыта. ССТ, взятый с нёба в области премоляров и 1-го моляра верхней челюсти, внесён в сформированное ложе и фиксирован швами Пролен 6-0 с коронарным смещением десневого края до уровня эмалево-цементного соединения. В послеоперационном периоде назначались ротовые ванночки хлоргексидина биглюконата 0,06% и солкосерил на 14-е сутки. По нашим наблюдениям, подтверждающим данные G. Cordioli и соавт. (2001), A. Hirsch и соавт. (2001), субэпителиальный соединительнотканый трансплантат в сочетании с коронарным смещением лоскута закрытия десневых рецессий 1–2-го класса по Миллеру даёт лучший клинический результат в переднем отделе нижней челюсти. С использованием этого метода лечение получили 10 пациентов.

Использование ССТ в сочетании с коронарно смещённым слизистым лоскутом даёт хороший эстетический результат и позволяет закрыть рецессии 1–2-го и в некоторых случаях 3-го класса по Миллеру глубиной не более 3 мм в 93,5% случаев, особенно в переднем отделе нижней челюсти и в боковых отделах верхней челюсти, где выражены натяжения околотротоваых мимических мышц. Хирургическое лечение рецессий 1–2 класса по Миллеру наиболее эффективно при использовании ССТ с сохранённой эпителиальной краевой полоской по конвертной технике и приводит к хорошему эстетическому результату и функциональной стабильности с эффективностью 95,7%.

Выводы

1. Лучшие клинические результаты были достигнуты при закрытии рецессий во фронтальном отделе верхней челюсти: $91,1 \pm 18,8\%$ для модифицированной тоннельной методики и в 100% случаев применения коронально смещённого лоскута ($p < 0,01$).
2. При закрытии рецессий в области жевательной группы зубов были получены следующие результаты: $86,3 \pm 17,6\%$ в случаях применения коронально смещённого лоскута и $70,9 \pm 19,9\%$ – для модифицированной тоннельной методики ($p > 0,01$).
3. Применение критерия Краскела – Уоллиса для определения различий в группах пациентов с разными методами лечения показало, что коронально смещённый лоскут показал статистически лучший результат по критерию «уровень закрытия рецессии» ($p < 0,01$).

Литература

1. Абдурахманов А.И. и др. Профилактика воспалительных заболеваний пародонта: Учеб. пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 80 с.
2. Грудянов А.И., Фоменко Е.В. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний пародонта. – М.: Мед. информ. агентство, 2016. – 96 с.
3. Давидян А.Л. Устранение рецессии десны. Планирование, современные методы лечения, прогноз. – М.: Поли Медиа Пресс, 2007. – 152 с.
4. Ризаев Ж.А. Разработка концепции и программы профилактики заболеваний пародонта у населения Узбекистана на основе комплексных социально – гигиенических исследований: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2015. – 23 с.
5. Смирнова С.С. Оптимизация лечения рецессии десны (экспериментально-клиническое исследование): Дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2010. – 111 с.
6. Pickron R.N. Etiology of gingival recession // Amer.

- J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2014. – Vol. 146, № 6. – P. 693–694.
7. Schmitt C.M., Tudor C., Kiener K. Vestibuloplasty: porcine collagen matrix versus free gingival graft: a clinical and histologic study // J. Periodontol. – 2013. – Vol. 84, № 7. – P. 914–923.

Резюме

Цель: анализ эффективности использования различных видов трансплантатов для закрытия десневых рецессий. **Материал и методы:** в стоматологической поликлинике 2-й клиники ТМА и в поликлинике № 2 Юнусабадского района за 3 года лечение получили 10 пациентов с десневыми рецессиями 1-го и 2-го классов по Миллеру с использованием свободного расщеплённого трансплантата с нёба и 10 – с применением субэпителиального соединительнотканного трансплантата в сочетании с коронарным смещением лоскута. Использовался трансплантат средней толщины (0,5–0,75 мм). **Результаты:** лучшие клинические результаты были достигнуты при закрытии рецессий во фронтальном отделе верхней челюсти: $91,1 \pm 18,8\%$ для модифицированной тоннельной методики и в 100% случаев применения коронально смещенного лоскута. При закрытии рецессий в области жевательной группы зубов были получены следующие результаты: $86,3 \pm 17,6\%$ в случаях применения коронально смещенного лоскута и $70,9 \pm 19,9\%$ –

для модифицированной тоннельной методики. **Выводы:** применение критерия Крассела – Уоллиса для определения различий в группах пациентов с разными методами лечения показало, что коронально смещенный лоскут показал статистически лучший результат по критерию «уровень закрытия рецессии» ($p < 0,01$).

Ключевые слова: рецессии десны, свободный десневой трансплантат, соединительнотканый трансплантат с эпителиальной полоской.

Summary

A comparative study of different methods of transplanting techniques with the use of free gingival, connective tissue and connective tissue with epithelial strip grafts to close gingival recessions 1–2 class (Miller, 1985) shows a highest efficiency for the complete closure method of the last recession of the gums.

Key words: gingival recession, free gingival graft, connective tissue grafts with epithelial strip.

Резюме

Миллер (1985) маълумотларига кўра, 1-2-чи синф милк рецессиясининг турғунлигини ёпиш учун трансплантация техникасининг қиёсий усуллари эркин милк трансплантатлари (CDT), эркин бириктирувчи тўқима трансплантатлари (CCT) ва эпителиал юзали эркин бириктирувчи тўқима трансплантатлари ёрдамида амалга оширилади.

Калит сўзлар: милк рецессияси, эркин милк трансплантати, эпителиал юзали эркин бириктирувчи тўқима трансплантати.

УДК: 616.314-089.819.843:616.314.17-008.1-002]-612.017.2+616.1/8

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВОЗМОЖНОГО РИСКА ПРОВЕДЕНИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА НА ФОНЕ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ



Ярмухамедов Б.Х., Амануллаев Р.А.,
Газиева Э.В., Рахматов А.А., Махмудов М.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Дентальная имплантация в последние годы широко применяться у различных групп пациентов [5,6,8,11], однако вопрос о вероятности отторжения дентальных имплантатов у больных с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне сахарного диабета до конца не решен [1,3,4]. По нашему мнению, проведение

дентальной имплантации у данной категории больных возможно, но она требует тщательной предимплантационной подготовки. Большое значение имеют морфологические критерии, на основании которых можно оценить возможный риск вмешательства до его начала и в дальнейшем проводить коррекцию метаболических нарушений

у пациентов на всех этапах лечения и реабилитации [3,5,6].

В последнее время показания к дентальной имплантации с целью протезирования заметно расширились [7,10]. Это особенно актуально для пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелыми воспалительными заболеваниями пародонта [4,12]. Контроль и коррекция местного иммунного гомеостаза слизистой оболочки десны имеют важное значение в комплексном лечении данной категории пациентов [13]. Пациенты старшей возрастной группы, как правило, страдают сопутствующей соматической патологией в виде заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной системы, а именно сахарным диабетом [9]. В связи с этим необходимо выделение этих пациентов в группу риска со сравнительно высоким процентом осложнений при протезировании с опорой на дентальные имплантаты.

Анализ проведенных лечебных мероприятий и выявленные корреляции клинической картины с изменениями местного иммунного гомеостаза слизистой оболочки десны при дентальной имплантации у пациентов с пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести, являются приоритетными и перспективными для повышения качества результатов имплантации и прогнозирования осложнений для их своевременного устранения [2,4].

Цель исследования

Выявление морфологических критериев оценки риска развития послеоперационных осложнений дентальной имплантации у больных группы риска.

Материалы и методы

22 пациента (13 женщин и 9 мужчин) с воспалительными заболеваниями пародонта разной степени тяжести, в возрасте от 40 до 65 лет, у которых дентальная имплантация проводилась как с применением костнопластических операций, так и без них, в зависимости степени тяжести воспалительных заболеваний пародонта, которая оценивалась клинически и рентгенологически, были разделены на 2 группы по классификации Американской академии пародонтологии (ААП) [1]. Контрольную группу составили 8 пациентов сопоставимого возраста без заболеваний пародонта. Забор слизистой оболочки у больных осуществлялся во время вмешательств, не связанных с дентальной имплантацией.

Эффективность хирургического лечения оценивалась по клиническим признакам: наличие болевого симптома, сроки и состояние эпителизации ран, ранние послеоперационные осложнения и степень остеоинтеграции дентальных имплантатов. Степень остеоинтегра-

ции контролировали рентгенологически (дентальная рентгенография, панорамная томография) на каждом этапе лечения.

Материалом для гистологического и иммуногистохимического исследования явилась слизистая оболочка десневых карманов и межзубных сосочков, взятая по показаниям во время удаления зубов.

Результаты исследования

У 15 пациентов 1-й группы выявлены изменения по III типу классификации ААП, у 7 больных 2-й группы – IV типу. Кроме того, 5 пациентов 2-й группы на момент лечения в анамнезе имели сахарный диабет 2-го типа.

Ранние послеоперационные осложнения (отек и гиперемия мягких тканей) наблюдались у 7 (25%) больных, причем 6 (75%) из них были с сопутствующим сахарным диабетом. Лечение осложнений осуществлялось по стандартным схемам местного лечения послеоперационной антибиотикотерапией. Сроки установки формирователей десны варьировали от 7 до 14 недель ($p < 0,05$). Пришеечная резорбция составляла от 0 до 1,5 мм.

Из-за повышения проницаемости стенки структур микроциркуляторного русла слизистой оболочки полости рта и возникновения отека, а также повышенной миграции макрофагов в ткань десны, количество тучных клеток в слизистой оболочке десны у больных сахарным диабетом увеличено. Возрастало также и количество антиген-представляющих клеток, что является, на наш взгляд, следствием усиленной микробной контаминации в ткани десны. Обнаруженные эффекторные иммунocyты CD 68 находятся в эпителиальной пластинке, достигая отростками наружной поверхности эпителиального пласта. Выявлена прямая корреляционная зависимость между тяжестью поражения костной ткани и морфологическими изменениями в слизистой оболочке десны, что вполне закономерно, так как между тканями имеется морфологическая и функциональная взаимосвязь. Инфильтрация связки лейкоцитами, повышенная проницаемость и разрушение коллагеновых волокон объясняется большим количеством тучных клеток в периодонте, в связи с тем, что тучные клетки, являясь регуляторами местного гомеостаза, выделяют цитокины для повышения миграции макрофагов в зону резорбции.

Анализ результатов показал, что тучные клетки периодонта благодаря наличию в них биогенных аминов представляют собой мощное звено, определяющее развитие и регуляцию гомеостатических и компенсаторных механизмов

при инфицировании периодонта. Нами установлено, что коэффициент дегрануляции и коэффициент функциональной напряженности тканевых базофилов в сосудистой и межсосудистой областях периодонта являются критерием устойчивости системы тучных клеток к действию воспалительных факторов.

В ходе исследований установлено, что количественные и качественные результаты у пациентов исследуемой и контрольной групп различаются. Они коррелируют с длительностью и тяжестью патологического процесса в полости рта и зависят от наличия соматической патологии. На основании морфологического исследования слизистой оболочки можно предположить наибольшую вероятность развития послеоперационных осложнений у пациентов с сопутствующими заболеваниями. Так, на основании морфологической картины вытекает вывод об обязательном подготовительном иммуномодулирующем лечении пациентов с сахарным диабетом.

В постимплантационном периоде все больные нуждаются в интенсивном иммуномодулирующем лечении, снижающем воспалительные реакции и ингибирующем деструктивные процессы.

Выводы

1. У больных на фоне сахарного диабета высокое содержание тучных клеток является причиной отёчности и макрофагальной инфильтрации в собственной пластинке слизистой оболочки.
2. Независимо от наличия или отсутствия сахарного диабета у стоматологического больного повышенная микробная контаминация в эпителиоцитах после дентальной имплантации требует проведения мероприятий по нормализации иммунного гомеостаза в слизистой оболочке полости рта.
3. Эффекторные иммунокомпетентные иммунocyты в структурах слизистой оболочки являются отражением эффективности проводимых мероприятий по имплантации зубов и могут быть использованы для прогнозирования успешности проводимых лечебных мероприятий.

Литература

1. Исмоилов А.А. Частота распространения основных стоматологических заболеваний у больных с неблагоприятной общесоматической патологией и разработка путей повышения адаптационных возможностей органов полости рта: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Омск, 2012. – 26 с.
2. Камилов Х.П., Бекжанова О.Е., Азимова Н.Н., Рискиев Г.А. Интенсивность кариеса в различных группах зубов у взрослого населения

г. Ташкента // Stomatologiya. – 2004. – № 3–4. – С. 47–51.

3. Ризаев Ж.А. Разработка концепции и программы профилактики заболеваний пародонта у населения Узбекистана на основе комплексных социально - гигиенических исследований: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2015. – 69 с.
4. Робустова Т.Г. Осложнения при зубной имплантации // Стоматология. – 2012. – № 1. – С. 19–24.
5. Becker W., Doerr J., Becker B.E. A novel method for creating an optimal emergence profile adjacent to dental implants // J. Esthet. Restor. Dent. – 2012. – Vol. 24, № 6. – P. 395–400.
6. Dunham J. Dental and craniomaxillofacial implant surgery // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2012. – Vol. 70, №11 (Suppl 3). – P. 72-e106.
7. Elias C.N., Rocha F.A., Nascimento A.L., Coelho P.G. Influence of implant shape, surface morphology, surgical technique and bone quality on the primary stability of dental implants // J. Mech. Behav. Biomed. Mater. – 2012. – Vol. 16. – P. 169–180.
8. Horwitz J., Levin L., Gabay E. et al. Immediate restoration of delayed placement of dental implants in patients with treated periodontal disease: 1-year results // Int. J. Oral. Maxillofac. Impl. – 2012. – Vol. 27, №6. – P. 1569–1575.
9. Galindo-Moreno P., Padial-Molina M., Gómez-Morales M. et al. Multifocal oral melanoacanthoma and melanotic macula in a patient after dental implant surgery // J. Amer. Dent. Assoc. – 2011. – Vol. 142, № 7. – P. 817–824.
10. Gallucci G.O., Grütter L., Chuang S.K., Belser U.C. Dimensional changes of peri-implant soft tissue over 2 years with single-implant crowns in the anterior maxilla // J. Clin. Periodontol. – 2011. – Vol. 38, № 3. – P. 293–299.
11. Geerts G., Naidoo S. Surgical placement of implants-experiences, practices and opinions of South African prosthodontists // SADJ. – 2012. – Vol. 67, №3. – P. 108–114.
12. Gvetadze R.Sh., Krechina E.K., Smirnov D.V., Shamkhalov D.I. Microcirculation in supporting tissues in patients with unilateral terminal defect of dental arch // Stomatologiya (Mosk). – 2011. – Vol. 90, № 6. – P. 52–54.
13. Khammissa R.A., Feller L., Meyerov R., Lemmer J. Peri-implant mucositis and peri-implantitis: clinical and histopathological characteristics and treatment // SADJ. – 2012. – Vol. 67, № 3. – P. 124–126.

Резюме

Цель: выявление морфологических критериев оценки риска развития послеоперационных ос-

ложений дентальной имплантации у больных группы риска. **Материалы и методы:** 22 пациента (13 женщин и 9 мужчин) с воспалительными заболеваниями пародонта разной степени тяжести, в возрасте от 40 до 65 лет, у которых дентальная имплантация проводилась как с применением костнопластических операций, так и без них, в зависимости степени тяжести воспалительных заболеваний пародонта, которая оценивалась клинически и рентгенологически, были разделены на 2 группы по классификации Американской академии пародонтологии (ААП) [1]. Контрольную группу составили 8 пациентов сопоставимого возраста без заболеваний пародонта. Забор слизистой оболочки у больных осуществлялся во время вмешательств, не связанных с дентальной имплантацией. **Результаты:** иммунокомпетентные иммунocyты слизистой оболочки служат отражением успешности мероприятий по имплантации зубов и могут быть использованы для прогнозирования эффективности проводимых лечебных мероприятий. **Выводы:** в постимплантационном периоде все больные нуждаются в

интенсивном иммуномодулирующем лечении, снижающем воспалительные реакции и ингибирующем деструктивные процессы.

Ключевые слова: дентальная имплантация, послеоперационные осложнения, группа риска, сахарный диабет.

Summary

Among dental patients, more often than others, people over 55-60 years old need prosthetics, and they have a history of somatic diseases. Correction of immune homeostasis have an important place in the complex treatment of dental implant sin patients of a specified age. On the material of 24 patients aged 50 to 65 years, morphological methods of the study analyzed the results of dental implantation in patients with diabetes mellitus. It was revealed that immunocompetent mucosal immunocytes reflect the success of dental implantation measures and can be used to predict the effectiveness of therapeutic measures.

Key words: implantation, homeostasis, somatic diseases, oral mucosa, inflammatory periodontal diseases, effector immunocytes.

Ортопедическая стоматология

УДК: 616.314-77:616.314-089.819.843

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СЪЕМНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ С ОПОРОЙ НА ИМПЛАНТАТЫ



Салимов О.Р., Сафаров М.Т., Нигматова Н.Р.

Ташкентский государственный медицинский институт

Восстановление функции жевания разнообразными видами протезов при частичной потере зубов остается важной задачей ортопедической стоматологии. Наличие дефектов в зубной дуге ведет к нарушению целостности зубного ряда и появлению морфофункциональных изменений в зубочелюстной системе, возникающих сначала вблизи дефекта, а затем распространяющихся на весь зубной ряд. Это приводит к вертикальному перемещению и наклону зубов, ограничивающих дефект, лишенных антагонистов, а также к перегрузке оставшихся зубов, нарушению окклюзии, изменениям в нижнечелюстном суставе (Абакаров С.И., 2005; Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., 2018; Hetz G., 2004).

Изменившиеся условия функционирования зубов становятся причиной перестройки обменных процессов, которые зависят от силы действия жевательной нагрузки. При частичной адентии происходит нарушение гемодинамики тканей в области дефекта зубного ряда, снижается интенсивность кровообращения, наблюдается вазоконстрикция сосудов.

Новые возможности открылись благодаря внедрению в клиническую практику имплантации искусственных опор для зубных протезов, расширяющих условия для проведения съемного зубного протезирования.

Современная дентальная имплантология с последующим протезированием зарекомендовала

себя как эффективный метод восстановления дефектов зубных рядов (Миргазизов М.З., 2000; Гветадзе Р.Ш., 2001; Хачидзе К.Д., 2005; Нойгебауэр Й., Хесслер Д., Цёллер Й.Э., 2004).

Съёмные протезы с опорой на имплантаты, в отличие от других видов ортопедического лечения, обеспечивают более полное восстановление жевательной функции зубочелюстной системы и быструю адаптацию к ним (Полякова С.В., 2004; Хачидзе К.Д., 2005; Broberg L., 2001).

Однако, несмотря на успехи имплантологии, уменьшение количества осложнений и увеличение сроков функционирования протезных конструкций с применением внутрикостных имплантатов остается актуальной проблемой.

Данные литературы, посвященной изучению роли функциональной нагрузки при протезировании с использованием внутрикостных имплантатов, позволяют сделать вывод, что, несмотря на большое количество работ клинико-экспериментального характера, физиологическое направление в исследовании состояния зубочелюстной системы разработано недостаточно.

Для решения проблемы профилактики осложнений в имплантологии с применением ортопедических методов требуется комплексное исследование ряда вопросов, связанных с обменными процессами в тканях области дефекта зубного ряда. В связи с этим изучение дозированных нагрузок, объективная оценка функционального состояния опорных тканей до и после проведенного лечения является основой для разработки лечебно-профилактических мероприятий по предупреждению развития патологических изменений в тканях, окружающих естественные зубы и внутрикостные имплантаты.

У большинства пациентов, нуждающихся в восстановлении целостности зубных рядов, сформировалось негативное мнение о протезировании съёмными видами протезов, обусловленное проблемами недостаточного восстановления жевательной функции и эстетики, ненадежной фиксации протезов [3]. Большинство пациентов с частичной потерей зубов (86,1%) предпочитают несъёмные протезы, которые более функциональны, долговечны, эстетичны. Известно, что эффективность ортопедических методов лечения мостовидными протезами значительно выше, чем съёмных конструкций [8,9].

При несвоевременном протезировании у пациентов с частичной потерей зубов происходит срыв адаптационных возможностей организма, что приводит к возникновению патологических

процессов во всех компонентах зубочелюстной системы, препятствующих адаптации к зубным протезам и нарушению гармонии взаимодействия всех ее элементов [1–3,5,6].

В настоящее время существуют различные способы фиксации съёмных протезов, применяемые при лечении пациентов с частичной потерей зубов. В последние годы значительно возрос интерес к протезам, которые не имеют в своей конструкции кламмеров. К таким способам фиксации относится балочная фиксация протезов, с применением магнитных элементов, с помощью телескопических систем и, наконец, замковые способы фиксации [1,3,6,7].

Методика применения протезов с замковой фиксацией не является простым повторением протезирования съёмными пластиночными или бюгельными протезами. Существуют особые алгоритмы планирования и изготовления протезов с замковыми системами фиксации, незнание которых может приводить к серьезным ошибкам и тем самым дискредитировать метод в целом [10].

Немалое значение при выборе метода фиксации съёмного протеза имеет возможность реставрации, починки его при утрате одного либо нескольких опорных зубов, а также возможность замены или активации удерживающих элементов. Известные способы фиксации съёмных протезов неравнозначны по названным критериям [3,9,10].

Съёмные протезы с замковой системой фиксации хорошо шинируют опорные зубы, перераспределяют жевательную нагрузку на все опорные ткани протезного ложа [2,8,9].

Хорошая фиксация, стабилизация и высокая функциональная эффективность повысили в последние годы интерес к данным конструкциям [4,5,7]. Появление современных, прочных, индифферентных к тканям протезного ложа сплавов, высокоточного литья и методов фрезерования расширили технологические возможности их изготовления.

Недостаточное теоретически обоснованное применение съёмных протезов с замковой фиксацией, рассчитанное на основании эмпирических данных, часто приводит к неудовлетворительным результатам протезирования [2,3].

При выборе ортопедической конструкции, оптимально распределяющей нагрузку между имеющимися опорными элементами, большое значение имеет предварительное теоретическое обоснование выбора [1,4]. Это позволяет прогнозировать успешное функционирование всей системы и избежать осложнений [7,8].

Имеются публикации, посвященные замковой и

телескопической фиксации съемных протезов [5,6], но они, как правило, обсуждают в большей степени технологические аспекты вопроса или констатируют те или иные негативные клинические проявления, не касаясь механизма их происхождения.

Анализ отечественной и зарубежной литературы показал, что, несмотря на значительный прогресс, вопрос ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов с применением съемных протезов с замковой фиксацией недостаточно изучен и требует дальнейшего рассмотрения.

Цель исследования

Клинико-биомеханическая оценка эффектив-

ности съемного протезирования при зубном протезировании с использованием имплантатов.

Материал и методы

На кафедре и в отделении ортопедической стоматологии ТГСИ проведено комплексное обследование и лечение 186 пациентов с ограниченными дефектами зубных рядов с использованием внутрикостных имплантатов с замковой фиксацией (аттачментов). Мужчин было 10 (26,3%), женщин 28 (73,7%), возраст больных – от 21 года до 60 лет, без сопутствующих заболеваний. Распределение обследованных больных по полу и возрасту приведено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол больных	Возраст больных, лет				
	21-30	31-40	41-50	51-60	старше 60
Мужчины	2	4	2	1	1
Женщины	4	10	8	6	-
Всего	6	14	10	7	1

На этапе протезирования у пациентов исследуемой группы было использовано 368 имплантатов, в том числе 335 винтовых (91,0%), 29 коротких пористых (7,9%) и 4 плоских имплантата (1,1%). Среднее количество имплантатов у 1 пациента исследуемой группы составило 5,0. Именно эти имплантаты и наблюдались в последующем на предмет оценки клинической эффективности различных видов протезирования у пациентов с полным отсутствием зубов (ПОЗ).

У 12 (16,4%) из 73 пациентов исследуемой группы имплантологическое лечение с использованием мостовидных и съемных протезов выполнялось на

двух полностью беззубых челюстях, поэтому зубное протезирование с опорой на имплантаты было осуществлено в общей сложности на 85 беззубых челюстях (34 верхняя и 51 нижняя челюсти). У 57 пациентов 1-й и 2-й контрольных групп 174 имплантата были признаны состоятельными и вовлечены в процесс протезирования одиночными искусственными коронками (табл. 2).

На момент поступления на ортопедический этап лечения среднее значение объективной стабильности имплантатов равнялось $-3,2 \pm 2,4$ у пациентов исследуемой и $-3,4 \pm 2,4$ – контрольной группы.

Таблица 2

Число пациентов, запротезированных челюстей и имплантатов, включенных в опору протезов, в зависимости от типа зубного протеза

Тип протеза	Число пациентов	Количество челюстей	Количество имплантатов
1. 1-я группа – съемное протезирование на винтовых имплантатах*****	48*	57	171
<i>1.1. бескаркасный протез с опорой на одиночные имплантаты *****</i>	<i>19**</i>	<i>22</i>	<i>54</i>
<i>1.1.1. с фиксацией к аттачментам</i>	<i>18**</i>	<i>21</i>	<i>47</i>
<i>1.1.1.1. с опорой на 2 имплантата</i>	<i>15**</i>	<i>18</i>	<i>36</i>
<i>1.1.1.2. с опорой на 3 имплантата</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>3</i>
<i>1.1.1.3. с опорой на 4 имплантата</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>8</i>
<i>1.1.2. с телескопической фиксацией</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>7</i>
<i>1.2. с опорой на соединенные имплантаты</i>	<i>31**</i>	<i>35</i>	<i>117</i>
<i>1.2.1. бескаркасный протез с фиксацией к балке</i>	<i>16**</i>	<i>18</i>	<i>48</i>

1.2.1.1. с опорой на 2 имплантата	7**	9	18
1.2.1.2. с опорой на 3 имплантата	6*	6	18
1.2.1.3. с опорой на 4 имплантата	3	3	12
1.2.2. каркасный протез с фиксацией к балке с аттачментами, опирающейся на 4 имплантата	13	15	60
1.2.3. несъемный протез с опорой на 4 или 5 имплантатов во фронтальном отделе в сочетании с бюгельным протезом	2	2	9
2. 2-я группа – мостовидное протезирование на винтовых имплантатах	22*	23*	130
2.1. мостовидные протезы в сочетании с другими типами протезирования	12	13	50
2.1.1. мостовидные протезы в боковых отделах с опорой на 6 имплантатов в сочетании с одиночными коронками во фронтальном отделе	3	3	22

Результаты

Анализ результатов лечения пациентов через 1 год после завершения протезирования показал, что не произошло отторжений ни одного из 368 имплантатов, включенных в протезирование у пациентов исследуемой группы. В то же время у пациентов контрольной группы выявлено отторжение 1-го имплантата, служившего опорой одиночной коронки. Итого индекс сохранения имплантатов: клиническая эффективность протезирования у пациентов исследуемой группы составили 100%, а эти же показатели в контрольной группе равнялись 98,9%.

Таким образом, отсутствуют достоверные различия в результатах лечения в исследуемой и контрольной группах, но, во всяком случае, при мостовидном и съемном протезировании с опорой на имплантаты у пациентов с ПОЗ количество благоприятных исходов не меньше, чем при имплантологическом лечении одиночными коронками.

При исследовании состояния десны через 1 год после завершения протезирования явлений ярко выраженного воспаления не обнаружено ни у одного пациента сравниваемых групп. Вместе с тем, незначительные признаки воспалительных явлений в виде легкой гиперемии и кровоточивости при зондировании наблюдались в области 35 имплантатов (9,5%) у пациентов исследуемой группы и в 7 из 87 оставшихся имплантатов (8,1%) контрольной группы. Разница в результатах лечения по этому признаку не является статистически достоверной.

Рецессия десны в пределах 1 мм и менее через 1 год после завершения протезирования установлена в области 16 (4,3%) имплантатов у пациентов исследуемой группы и в области 6 (6,9%) имплантатов в контрольной группе. Следовательно,

рецессия десны у пациентов исследуемой группы возникает достоверно реже, чем у пациентов контрольной группы. Рецессия десны более 1 мм отсутствовала.

Оценка состояния костной ткани, окружающей имплантат, показала, что в момент фиксации протезов в полости рта в области 2-х имплантатов на уровне верхушечной и средней трети внутрикостной части возникли очаги резорбции диаметром от 2 до 5 мм с неровными и нечеткими контурами, но при изучении костной ткани через 1 год после завершения протезирования эти явления исчезли, и наблюдался органотипичный рисунок кости обычной плотности.

Убыль краевого уровня кости через 1 год после фиксации протезов в полости рта у пациентов и исследуемой, и контрольной групп оказалась идентичной и составила в среднем, $0,3 \pm 0,2$ мм.

Определяемые при помощи анкетирования уровни удовлетворенности протезом и качество жизни после протезирования через 1 год после его завершения выяснялись не только у пациентов с дентальными имплантатами, но и больных контрольной группы с полными съемными пластиночными протезами обычной конструкции. Удовлетворенность протезом пациентов исследуемой группы составила $4,2 \pm 0,4$ балла, у пациентов контрольной группы с имплантатами – $4,5 \pm 0,5$ балла, у пациентов контрольной группы с обычными съемными протезами – $2,3 \pm 0,6$ балла. Разница степени удовлетворенности протезом у пациентов исследуемой и контрольной групп с имплантатами не является статистически достоверной, в то же время удовлетворенность результатами мостовидного и съемного протезирования с опорой на имплантаты у пациентов с ПОЗ достоверно выше, чем при протезировании обычными полными съемными протезами.

Таким образом, оценка качества жизни, выполненная пациентами через 1 год после фиксации протезов в полости рта, показала следующие результаты: из возможных 70 баллов у пациентов исследуемой группы оказался $62,7 \pm 5,2$ балл, пациентов контрольной группы с имплантатами – $65,7 \pm 3,7$ балла, у пациентов контрольной группы с обычными съемными протезами – $47,8 \pm 6,6$ балла.

Литература

5. Бер М., Миссика П., Джованьоли Ж.-Л. Устранение осложнений имплантологического лечения. – Москва; Санкт-Петербург; Киев; Алматы; Вильнюс: Азбука стоматолога, 2007. – 356 с.
6. Всемирная организация здравоохранения. Адентия: информационный бюллетень № 18. Веб-сайт Всемирной организации здравоохранения. 2016. доступ к 12 марта. 8. Устные обследования здоровья – основные методы», www.who.int/oral_health.
7. Здоровье для всех: Основная цель нового тысячелетия для Узбекистана: Доклад ООН. – Ташкент, 2006. – 136 с.
8. Исмоилов А.А. Частота распространения основных стоматологических заболеваний у больных с неблагоприятной общесоматической патологией и разработка путей повышения адаптационных возможностей органов полости рта: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Омск, 2012. – 26 с.
9. Камилов Х.П., Бекжанова О.Е., Азимова Н.Н., Рискеев Г.А. Интенсивность кариеса в различных группах зубов у взрослого населения г. Ташкента // *Stomatologiya*. – 2004. – № 3–4. – С. 47–51.
10. Ризаев Ж.А. Разработка концепции и программы профилактики заболеваний пародонта у населения Узбекистана на основе комплексных социально-гигиенических исследований: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2015. – 69 с.
11. Робустова Т.Г. Осложнения при зубной имплантации // *Стоматология*. – 2012. – № 1. – С. 19–24.
12. Хасанова Л.Р. Клинико-экспериментальное обоснование применения дентальных имплантатов из наноструктурного титана: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2010. – 24 с.
13. Чо Сунг Ам, Сунг Ам Чо, Санг-Кио Юнг. Усилие при выкручивании титановых имплантатов с поверхностью, обработанной лазером, из большеберцовой кости кролика // *Biomaterials*. – 2009. – № 24. – Р. 4859–4863.
14. Carmo A.B.X.D., Sartoretto S.C., Alves A.T.N.N. et al. Alveolar bone repair with strontium-containing nanostructured carbonated hydroxyapatite // *J. Appl. Oral. Sci.* – 2018. – Vol. 26. – P. e20170084.

Резюме

Цель: клинико-биомеханическая оценка эффективности съемного протезирования при зубном протезировании с использованием имплантантов.

Материал и методы: на кафедре и в отделении ортопедической стоматологии ТГСИ проведено комплексное обследование и лечение 186 пациентов с ограниченными дефектами зубных рядов с использованием внутрикостных имплантатов с замковой фиксацией (аттачментов). Мужчин было 10 (26,3%), женщин 28 (73,7%), возраст больных – от 21 года до 60 лет, без сопутствующих заболеваний.

Результаты: пациенты с полным отсутствием зубов, у которых дентальная имплантация завершалась изготовлением съемных конструкций, по уровню удовлетворенности протезом и качеству жизни после протезирования значительно превосходили пациентов, ортопедическое лечение которых проводилось при помощи полных съемных протезов. **Выводы:** по главным показателям результатов лечения (индекс выживаемости имплантатов и клиническая эффективность протезирования) мостовидные и съемные конструкции с опорой на имплантаты не имеют достоверных различий.

Ключевые слова: полное отсутствие зубов; дентальная имплантация; качество жизни; съемное протезирование.

Summary

Objective: To study the analysis of indicators of the results of removable prosthetics based on implants in the complete absence of teeth. **Results:** patients with complete absence of teeth, in which dental implantation completed with the manufacture of removable structures, in terms of satisfaction with the prosthesis and quality of life after prosthetics were significantly superior to patients whose orthopedic treatment was carried out using complete removable dentures. **Conclusions:** according to the main indicators of treatment outcomes (implant survival index and clinical prosthetics effectiveness), bridge-like and removable constructions based on implants do not have significant differences.

Key words: complete absence of teeth; dental implantation; the quality of life; removable prosthetics.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ



¹Иноятв А.Ш., ²Ирсалиева Ф.Х.,
¹Ражабов О.А.

¹Бухарский государственный медицинский институт, ²Ташкентская медицинская академия

Более чем у 70% населения нашей республики в возрасте 20–60 лет имеются нарушения целостности зубных рядов, в связи с чем растет и потребность в ортопедическом стоматологическом лечении. Многолетние клинические наблюдения показали, что неблагородные металлы и их сплавы, длительное время находясь в организме, оказывают на него вредное влияние. Степень воздействия зубных протезов на ткани полости рта зависит от качества их изготовления, физико-химических свойств конструкционных материалов.

В последнее время наблюдается тенденция к увеличению числа больных, страдающих непереносимостью металлических включений, находящихся в полости рта (съемным и несъемным зубным протезам) [8,9].

Лечение больных с применением металлокерамических зубных протезов в настоящее время относится к наиболее востребованным и эффективным видам стоматологической помощи. Осложнениями, приводящими к отсутствию результата от дорогостоящего лечения, являются патологические процессы, обусловленные действием конструкционных материалов [1,4]. Их частота за последние годы возросла на 3–7,6% [2,6]. Несмотря на пристальный интерес к диагностике и профилактике вышеназванных состояний, многие десятилетия данная проблема не находит своего решения [12]. Исследования, касающиеся токсичности использованных для протезирования сплавов металлов или их аллергического действия, не внесли ясности в этот вопрос [3,10].

Цель исследования

Определение изменений, возникающих в полости рта при использовании металлокерамических протезов, выбор метода дифференциальной диагностики и разработка концепции патогенеза, инициированного ортопедическим лечением.

Материал и методы

Для проведения клинических исследований пациенты были разделены на группы. Лечение 20 больных 1-й группы с дефектами зубных рядов проводилось с помощью металлокерамических протезов из сплавов неблагородных металлов. Пациенты этой группы предъявляли жалобы на жжение, боль в слизистой оболочке рта, глотки, губ; металлический и кислый «привкус», «сухость» во рту; «ощущение прохождения электрического тока». У 24 больных 2-й группы в лечении также использовались металлокерамические зубные протезы (сплав Целлит-Н), однако таких жалоб они не предъявляли. 26 человек 3-й группы без выявленной соматической патологии, не имели зубных протезов, заболевания пародонта и слизистой оболочки рта у них отсутствовали.

При обследовании пациентов применялись стоматологические и дополнительные методы исследования: определение разности электрохимических потенциалов зубных протезов, pH ротовой жидкости. Анализировали качество проведенного ортопедического лечения [7].

Измерение электрохимических потенциалов ортопедических конструкций во рту пациентов проводили с помощью прибора pH-метр-милливольтметр pH-150МА и набора электродов: платинового ЭПЛ-02 и хлорсеребряного ЭВЛ-1МЗ.1 [5,11].

Водородный показатель ротовой жидкости определяли аппаратом pH-метр-милливольтметр РН-150МА при помощи электрода ЭСК-10603.

Результаты и обсуждение

Основной жалобой пациентов 1-й группы было жжение слизистой оболочки рта, возникающее чаще всего в течение 1–3-го месяцев после протезирования. Дифференциальная диагностика синдрома жжения рта в этих ситуациях

представляла значительные трудности в связи с совпадением симптомов электрогальванического воздействия, нарушения микробиоценоза, проявлений соматической патологии.

Соматическая патология у пациентов 2-й группы встречалась в 1,6 раза реже (53,6%), чем в 1-й (87,5%). У пациентов, предъявлявших жалобы на жжение, в основном наблюдалась патология желудочно-кишечного тракта ($r=0,206$) и эндокринной системы ($r=0,239$). Роль системных механизмов в патологии, обусловленной зубными протезами, подтверждается преобладанием ее у пациентов возрастной группы 50-59 лет (58,3%), в том числе у женщин в 71,4% случаев.

Средняя разность электрохимических потенциалов между зубными протезами у пациентов с жалобами на жжение слизистой оболочки рта составила $53,7 \pm 6,4$ мВ, в 3,2 раза превышая этот показатель у пациентов без синдрома жжения ($16,6 \pm 1,2$ мВ). Диагноз «гальваноз» объективно подтвержден у 25% обследованных при средней разности потенциалов $102,8 \pm 17,1$ мВ. Полученные данные позволяют рекомендовать метод измерения разности потенциалов между зубными протезами, имеющимися во рту у данного пациента, как один из объективных показателей наличия гальваноза. Зависимости между регистрируемой разностью потенциалов и выраженностью клинических симптомов установить не удалось. Это подтверждает гипотезу о том, что в развитии патологии ведущую роль играют не местные электрогальванические процессы, а измененная чувствительность рецепторов на фоне суммации раздражений в периферической и центральной нервных системах.

Далее мы изучили кислотно-щелочной баланс ротовой жидкости у пациентов. Исследования показали, что pH ротовой жидкости после имплантации и протезирования существенно не отличался от такового у обследованных без зубных протезов и составил соответственно: в 1-й группе $6,5 \pm 0,5$, во 2-й – $6,7 \pm 1,2$, в 3-й – $6,8 \pm 0,8$ ед. ($p > 0,05$). У больных гальванозом средний показатель pH был равен $6,6 \pm 0,3$ ед. Полученные результаты не подтверждают мнение ряда авторов об обязательном сдвиге pH слюны у пациентов с гальванозом в кислую сторону вследствие электрогальванических процессов во рту [5]. Можно предположить возможность компенсации нарушенного баланса микроэлементов за счет минеральной и органической буферных систем слюны.

У большинства (66,7%) больных отсутствовали видимые патологические проявления во рту, только у 33,3% мы выявили воспаление слизистой

оболочки в виде гиперемии и отека слизистой оболочки рта, губ, языка, гиперплазии десны.

Таким образом, результаты исследований показали, что у 12 больных 1-й группы в патогенезе заболеваний, обусловленных материалами зубных протезов, имели место комбинированные факторы при сочетании соматической патологии с увеличением разности потенциалов, ошибками в ортопедическом лечении 3 больных. Диагноз «гальваноз» без сопутствующей патологии подтвержден у 5 больных, парестезии, обусловленные соматической патологией как единственным этиологическим фактором у 3 больных; лице-вая невралгия и невралгия у 4 обследованных. У 2 больных причину патологического процесса установить не удалось.

На основании проведенных исследований и обобщенного анализа работ отечественных и зарубежных ученых, посвященных различным клиническим ситуациям, нами составлена схема патогенеза патологических процессов, обусловленных материалами зубных протезов. Анализ клинических симптомов заболеваний, инициированных ортопедическим лечением, позволил систематизировать их по критерию наличия или отсутствия воспалительных процессов слизистой оболочки рта, выявляемых основными и дополнительными методами обследования. Этот признак может стать основой представлений о патогенезе заболеваний, вызванных несъемными зубными протезами (материалами), позволяя рассматривать их либо как воспалительные (травматические, токсические, аллергические стоматиты), либо как невоспалительные (гальваноз, парестезии) – дисфункции рецепторного аппарата вследствие резко повышенной или извращенной чувствительности слизистой оболочки рта.

Таким образом, профилактика стоматитов и парестезий перед ортопедическим лечением должна заключаться в расширении комплексного обследования пациентов по следующим направлениям: проведение микробиологических исследований и биопотенциалометрии, контроль гигиены полости рта, изучение соматического статуса. Следующей мерой профилактики осложнений является общемедицинская и специальная подготовка больных, в том числе замена несъемных протезов из разнородных сплавов при превышении разности потенциалов 80 мВ. При выборе сплавов следует учитывать наличие сертификата на конструкционный сплав, проводить индивидуальный подбор материалов, при отсутствии возможности индивидуального подбора – руководствоваться положением компонентов сплава в гальваническом ряду. Для уменьшения возможности

воспалительных процессов в тканях протезного ложа следует уделять внимание планированию ортопедического лечения: соблюдению окклюзионных требований и выбору количества опорных элементов. В комплекс обследования пациентов с металлокерамическими протезами в рамках диспансеризации рекомендуется включить проведение бактериоскопии материала из зубодесневой бороздки и биопотенциалометрии, что следует учитывать при составлении стандартов оказания медицинской помощи пациентам.

Литература

1. Абуладзе В.Ш. Нейропсихологические особенности в клинике синдрома жжения полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М. 2003. – 32 с.
2. Амираев У.А., Амираев Р.У. Состояние иммунитета у пациентов с непереносимостью к зубным протезам из разнородных сплавов металлов // Соврем. ортопед. стоматол. – 2009. – №11. – С. 28–29.
3. Воложин А.И., Сашкина Т.И. Патопфизиология непереносимости зубных протезов из акриловых пластмасс: Учеб. пособие. – М., 2007. – 85 с.
4. Гожая Л.Д. Аллергические и токсико-химические стоматиты, обусловленные материалами зубных протезов: Метод. пособие. – М., 2000. – 112 с.
5. Кириллова Л.А. Диагностика, профилактика и лечение гальваноза у пациентов с несъемными металлическими зубными протезами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 2004. – 25 с.
6. Котов К.С. Влияние несъемных протезов из различных материалов на показатели минерального гомеостаза и кислотно-щелочной баланс ротовой жидкости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Н. Новгород, 2009. – 30 с.
7. Кулаков А.А., Шестаков В.Т. Организация системы «Экспертиза качества стоматологической помощи населению России». – М., 2008. – С. 75–81.
8. Лебедев К.А., Митронин А.В., Понякина И.Д. Непереносимость зубопротезных материалов. – М.: Либроком, 2010. – С. 45–51.
9. Маренкова М.Л. Особенности ортопедического лечения пациентов с явлениями непереносимости зубных протезов на фоне микробного дисбаланса полости рта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург. – 2007. – 28 с.
10. Понякина И.Д., Янушевич О.О., Журули Н.Б. и др. Гальванические токи у людей с металлическими имплантатами в теле в сочетании с металлическими зубопротезными конструкциями // Эндодонтия today. – 2011. – № 1. – С. 37–42.
11. Bessing C., Bergman U., Sjogren G. Corrosion and strength of dental low-gold brazing materials // Swed. Dent. J. – 2010. – № 1. – P. 7–14.
12. Paul F. Introduction mechanisms of metal toxicity special issue // Chem. Res. Toxicol. – 2010. – Vol. 23, № 2. – P. 292–293.

Резюме

Цель: определение изменений, возникающих в полости рта при использовании металлокерамических протезов, выбор метода дифференциальной диагностики и разработка концепции патогенеза, инициированного ортопедическим лечением. **Материал и методы:** для проведения клинических исследований пациенты были разделены на группы. Лечение 20 больных 1-й группы с дефектами зубных рядов проводилось с помощью металлокерамических протезов из сплавов неблагородных металлов. Пациенты этой группы предъявляли жалобы на жжение, боль в слизистой оболочке рта, глотки, губ; металлический и кислый «привкус», «сухость» во рту; «ощущение прохождения электрического тока». У 24 больных 2-й группы в лечении также использовались металлокерамические зубные протезы (сплав Целлит-Н), однако таких жалоб они не предъявляли. 26 человек 3-й группы без выявленной соматической патологии, не имели зубных протезов, заболевания пародонта и слизистой оболочки рта у них отсутствовали.

Результаты: анализ клинических симптомов заболеваний, инициированных ортопедическим лечением, позволил систематизировать их по критерию наличия или отсутствия воспалительных процессов слизистой оболочки рта, выявляемых основными и дополнительными методами обследования. Этот признак может стать основой представлений о патогенезе заболеваний, вызванных несъемными зубными протезами (материалами), позволяя рассматривать их либо как воспалительные (травматические, токсические, аллергические стоматиты), либо как невоспалительные (гальваноз, парестезии) – дисфункции рецепторного аппарата вследствие резко повышенной или извращенной чувствительности слизистой оболочки рта. **Выводы:** в комплекс обследования пациентов с металлокерамическими протезами в рамках диспансеризации рекомендуется включить проведение бактериоскопии материала из зубодесневой бороздки и биопотенциалометрии, что следует учитывать при составлении стандартов оказания медицинской помощи пациентам.

Ключевые слова: полость рта, металло-керамические зубные протезы, патологические процессы.

Summary

In the article were determined by the clinical

features of the course of, the principles of differential diagnostics, разработка the concept of pathogenesis stomatitis, initiated by the orthopedic treatment.

Key words: ceramet dentures, pathological processes

Ортодонтия

УДК: 616.314.26-007.26 -612.78 -053.2

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ РЕЧИ ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ



Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Кадыров Ж.М., Холмирзаев Р.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В течение последних 10–15 лет увеличилось число детей, у которых закрепилось привычное открытое положение рта, следствием чего является перестройка типа дыхания: с физиологического носового типа дыхания ребенок переходит на патологический ротовой тип дыхания, в результате формируется патологический открытый прикус.

Этому нефизиологическому открытому положению рта может способствовать патология ЛОР-органов (уха, горла, носа), затрудняющая процесс носового дыхания. Дети, страдающие аденоидами и хроническими ринитами, имеют вторичные нарушения, проявляющиеся в снижении фонематического слуха. Ухудшение слухового восприятия и слуховых дифференцировок затормаживает процесс формирования языковых средств и влечет за собой речевые нарушения. Следствием нарушения фонематического слуха может быть общее недоразвитие речи, нарушение интонационной выразительности речи и др.

Затруднение носового типа дыхания вследствие аденоидов приводит к нарушениям в строении лицевого скелета, в результате чего формируется так называемый «аденоидный» тип лица. При этом отмечается вялость губ, что снижает четкость речи и ухудшает дикцию. Недостаточность включения резонаторных полостей при аденоидах приводит к ринофониям – носовому оттенку речи.

Есть еще категория детей, имеющих вредные привычки. К ним относятся сосание пальцев, длительное сосание пустышки, питание из бутылочки через соску, привычное удерживание и

надкусывание зубами карандашей, ручек, твердых предметов. К вредным привычкам относят и инфантильное глотание пищи. Это сохранившийся у детей надолго сосательный рефлекс при глотании пищи. При инфантильном глотании язык упирается в разомкнутые зубы и выталкивается из полости рта.

Из-за постоянно открытого рта губные мышцы становятся вялыми. Низкий тонус круговой мышцы рта затрудняет нормальное смыкание губ, мешая нормальному развитию нижней челюсти. В речи отмечается недостаточная лабиализация (активное участие губ при произнесении звуков), прежде всего гласных звуков. Позже, в школьном возрасте, недостаточная лабиализация гласных звуков может привести к специфическим (речевым) ошибкам на письме.

Исходя из сказанного, неправильное строение артикуляционного аппарата и неправильный прикус является одной из самых распространенных причин недостатков звукопроизношения. Аномалии и деформации челюстно-лицевой области препятствуют нормальной артикуляции звуков, способствуют закреплению привычек неправильной артикуляции и затрудняют их коррекцию.

Цель исследования

Разработка дифференцированного подхода к коррекции речи у детей с открытым прикусом.

Материал и методы

Нами было проведено массовое стоматологическое обследование 735 детей (из них 342 мальчика и 393 девочки) в периоде молочного и сменного прикуса в возрасте от 3-х до 14 лет, из них

505 детей, посещающих школьное образовательное учреждение школу № 18, и 230 детей из детского сада № 426 г. Ташкента. Все обследованные дети были условно разделены на 3 группы в зависимости от возраста, характеризующего период формирования прикуса: 1-я – молочный прикус (3–5 лет), 2-я – ранний сменный прикус (6–9 лет), 3-я – поздний сменный прикус (10–14 лет).

Диагностика аномалии зубов, зубных рядов и прикуса проводилась на основании сбора анамнеза, результатов клинического осмотра, антропометрического исследования зубочелюстной системы (ЗЧС), ТРГ и ортопантомографии челюстей, биометрического исследования диагностических моделей челюстей.

Все обследованные в зависимости от состояния твердых и мягких тканей полости рта и наличия дефектов речи, степени нарушения

носового дыхания направлялись на консультацию и лечение к соответствующим специалистам.

Результаты исследования

В результате проведенных клинических и дополнительных исследований из числа обследованных 735 детей аномалии прикуса выявлены у 428 (58,2%). Прогнатический прикус диагностирован у 123 (16,7%) детей, из них 24 (3,26%) 1-й, 53 (7,21%) 2-й и 46 (6,25%) 3-й группы. Глубокий прикус наблюдался у 65 (8,84%) детей, то есть соответственно у 14 (1,90%), 24 (3,26%) и 27 (3,67%) детей. Прогенический прикус имел место у 60 (8,16%) детей, в том числе соответственно у 19 (2,58%), 24 (3,26%) и 17 (2,31%) детей 1-й, 2-й и 3-й групп. Открытый прикус выявлен у 41 (5,57%) ребенка, из них 10 (1,36%), 13 (1,76%) и 18 (2,44%) соответственно из 1-й, 2-й и 3-й групп (табл. 1).

Таблица 1

Распределение обследованных детей в период молочного и сменного прикуса в зависимости от вида аномалии прикуса

Аномалия прикуса	1-я группа			2-я группа			3-я группа			Всего, абс. (%)
	N	м	д	N	м	д	N	м	д	
Верхняя прогнатия	24	10	14	53	28	25	46	25	21	123 (16,7)
Прогнатическое соотношение	10	4	6	12	7	5	27	13	14	49 (6,6)
Прогения (нижняя прогнатия)	19	9	10	24	11	13	17	9	8	60 (8,4)
Прогеническое соотношение	20	9	11	25	11	14	10	5	5	55 (7,4)
Глубокий прикус	14	6	8	24	13	11	27	12	15	65 (8,8)
Открытый прикус	10	4	6	13	7	6	18	10	8	41 (5,5)
Перекрестный прикус	8	3	5	16	7	9	11	6	5	35 (4,7)
Итого	105	45	60	167	84	83	156	80	76	428 (58,2)

Примечание. м – мальчики; д – девочки.

Из 428 детей (209 мальчиков и 219 девочек) с выявленными аномалиями ЗЧС нами были отобраны 23 ребенка (основная группа), в том числе 10 (43,48%) мальчиков и 13 (56,52%) девочек, с диагнозом открытый прикус и с нарушением речи, у которых проведен комплекс диагностических и лечебных мероприятий. По степени выраженности аномалии открытого прикуса дети были разделены

на три подгруппы (по Л.С. Персину):

- 1) I степень – легкая, при которой величина вертикальной щели до 3 мм,
- 2) II степень – средняя, величина вертикальной щели от 3 до 5 мм,
- 3) III степень – тяжелая, величина вертикальной щели свыше 5 мм (табл. 2).

Таблица 2

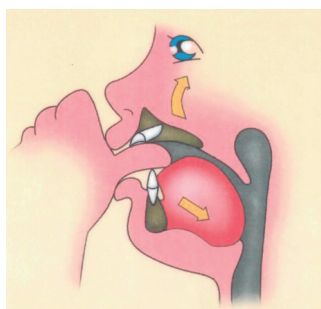
Распределение обследованных детей в период молочного и сменного прикуса в зависимости от степени тяжести аномалий и нарушения речи

Степень тяжести аномалии прикуса	1-я группа			2-я группа			Всего
	итого	м	д	итого	м	д	
I степень / нарушение речи	6/2	2/1	4/1	8/5	3/2	5/3	14/7
II степень / нарушение речи	3/2	1/1	2/1	3/2	1/1	2/1	6/4
III степень / нарушение речи	1/1	-/-	1/1	2/2	1/1	1/1	3/3
Итого	10/5	3/2	7/3	13/9	5/4	8/5	23/14

Примечание. м – мальчики; д – девочки.

Основной причиной открытого прикуса являлись вредные привычки – у 7 детей, прокладывание языка между зубами – у 3, сосание и высовывание

языка одновременно с короткой уздечкой языка – у 5, патология ЛОР-органов – у 8 (рис. 1, 2).



а



б

Рис. 1. Привычка сосания большого пальца (а) привела к развитию асимметрического открытого прикуса (б).



Рис. 2. Формирование открытого прикуса из-за неправильного глотания с прокладыванием языка между зубными рядами.

После углубленного клинико-функционального, антропометрического и цефалометрического исследования этой группы детей были выбраны методы комплексного лечения – ортодонтическое, логопедическое, оториноларингологическое и хирургическое вмешательство.

Дети 1-й группы в течение 6 месяцев получали комплексное ортодонтическое и логопедическое лечение, им было рекомендовано ношение трейнеров «Infant» и вестибулярных пластинок

(рис. 3). Применение трейнера способствовало закреплению верхнего положения языка с упором в переднюю треть твердого неба, что обеспечивало поддержку языком свода верхней челюсти изнутри и нормализацию его формы, ширины и высоты. Улучшился прикус зубов, тренировалась замыкательная функция губ, восстанавливалось носовое дыхание. Таким образом, трейнер «Infant» выступал как тренажер для коррекции миофункциональных нарушений.



ТРЕЙНЕР ИНФАНТ

а



ТРЕЙНЕР Т4К

б

Рис. 3. Трейнер «Infant» для молочного прикуса (а); трейнер Т4К – для сменного прикуса (б).

Программа логопедических занятий для всех детей была одинаковой. Занятия проводились 3 раза в неделю в течение шести месяцев. На каждом занятии предлагались задания на развитие фонематического слуха, просодики,

артикуляционная и дыхательная гимнастика. Каждое занятие включало задания на уточнения звуков, соответствующих онтогенезу. Все дети выполняли дыхательную гимнастику, беззвучную артикуляцию гласных, некоторые артикуля-

ционные упражнения, упражнения на развитие фонематического слуха, несколько минут упражнение с трейнером «Infant» во рту.

В 1-й группе у 8 (80,0%) из 10 детей выработалось правильное верхнее положение языка в покое и при глотании, они отучились от прокладывания языка между зубными рядами, формировался стреогноз (умение определить место положения кончика языка в полости рта) в органах артикуляции, выработалось смыкание губ, восстановился носовой тип дыхания.

Детям 2-й группы в возрасте от 6 до 9 лет (ранний сменный прикус), были рекомендованы трейнеры Т4К и установлены индивидуально изготовленные пластинки с вестибулярной дугой, расширяющим винтом, с решеткой для языка и окклюзионными накладками в области жевательных зубов (рис. 4).

Через 12 месяцев положительный результат был получен у 8 (61,5%) из 13 детей, у них уменьшилась степень тяжести открытого прикуса, нормализовалась речь. Остальные 5 детей продолжают комплексное лечение.

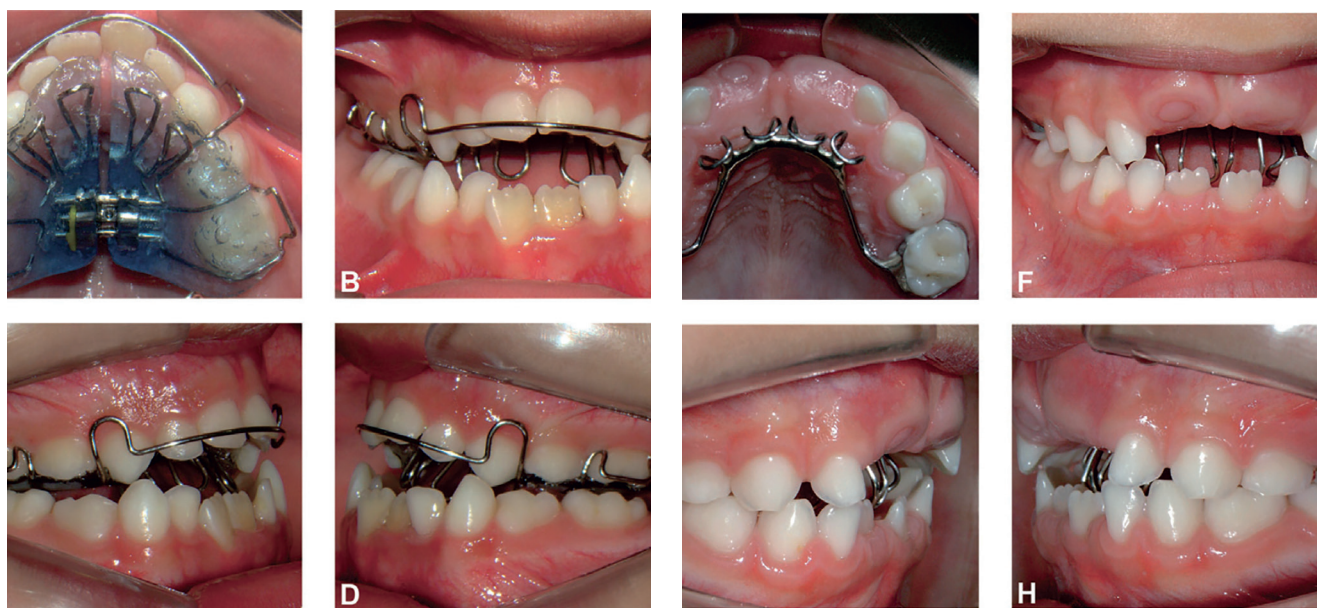


Рис. 4. Пластинки с расширяющим винтом, с решеткой для языка и окклюзионными накладками в области жевательных зубов.

Выводы

1. Применение трейнера «Infant» в комплексной ортодонтической и логопедической практике оказывается эффективным только у пациентов в периоде молочного прикуса. У детей старше 5 лет положительный результат получен от использования трейнера Т4К.

2. Тем младше ребенок с открытым прикусом и нарушением речи, тем лучше он поддается лечению, а полученные результаты оказываются стабильными.

3. Следует учитывать, что для достижения хорошего результата с помощью трейнеров и ортодонтических пластинок необходимо большая кооперация с пациентом, выражающаяся в добросовестном ношении аппаратов с соблюдением личной гигиены полости рта.

Литература

1. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста. – М., 2015. – С. 41–44.
2. Сатыго Е.А. Междисциплинарный подход к восстановлению носового дыхания и про-

филактике речевых нарушений у детей с применением стандартных миофункциональных силиконовых аппаратов. – СПб, 2008. – С. 39–42.

3. Тисовская Ю.А. Использование вестибулярной пластинки «MUPPY» с бусинкой в практике логопедической работы. – М., 2013. – С. 21–29.
4. Тисовская Ю.А., Соколова Н.А. Использование вестибулярных пластинок в практике логопедической работы. – М., 2015. – С. 218–220.
5. Харке В.В. Эффективность артикуляционной миогимнастики при ортодонтическом лечении аномалий окклюзии у детей с нарушениями звукопроизношения: Дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2007. – С. 52–55.

Резюме

Цель: разработка дифференцированного подхода к коррекции речи у детей с открытым прикусом. **Материал и методы:** проведено массовое стоматологическое обследование 735 детей (из них 342 мальчика и 393 девочки) в

периоде молочного и сменного прикуса в возрасте от 3-х до 14 лет, из них 505 детей, посещающих школьное образовательное учреждение школу № 18, и 230 детей из детского сада № 426 г. Ташкента. Дети условно были разделены на 3 группы в зависимости от возраста, характеризующего период формирования прикуса: 1-я – молочный прикус (3–5 лет), 2-я – ранний сменный прикус (6–9 лет), 3-я – поздний сменный прикус (10–14 лет). **Результаты:** у 23 детей с открытым прикусом с нарушением речи проводился комплекс диагностических и лечебных мероприятий. Этим детям было рекомендовано носить трейнеры «Infant» и Т4К. Также были изготовлены вестибулярные пластинки с расширяющим винтом, вестибулярной дугой и решеткой для языка. Применения трейнера «Infant» в комплексной ортодонтической и логопедической практике дала хорошую эффективность только в молочном прикусе. У детей старше 5 лет положительные эффекты получены от использования трейнера Т4К. **Выводы:** для достижения хорошего результата с помощью трейнеров и ортодонтических пластинок необ-

ходимо большая кооперация с пациентом, выражающаяся в добросовестном ношении аппаратов с соблюдением личной гигиены полости рта.

Ключевые слова: дети в период молочного и сменного прикуса, открытый прикус, коррекция речи, трейнеры, ортодонтические пластинки.

Summary

The authors conducted a mass dental examination of 735 children (including 342 boys and 393 girls) in the period of milk and replacement bite at the age of 3 to 14 years. In 428 children (209 boys and 219 girls), there were detected abnormalities of PTSD. Of these, 23 children were diagnosed with an open bite with speech disorders, for which a complex of diagnostic and therapeutic measures was carried out. These children were recommended to wear “Infant” and T4K trainers. Was also made of a vestibular plate with the expanding screw, a vestibular arch and a lattice for the language. The use of the “Infant” trainer in complex orthodontic and speech therapy practice has given good effectiveness only in the milk bite. And in children over 5 years of age, positive effects are obtained from the use of the t4k trainer.

Детская стоматология

УДК:616.31-002.152-08:[616.31-579.262 -053.2

МИКРОЭКОЛОГИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ГЕРПЕТИЧЕСКИМ СТОМАТИТОМ, ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ



Мухамедов И.М., Махсумова С.С., Махсумова И.Ш., Шамуратова Р.К., Бердиева М.С.
Ташкентский государственный стоматологический институт

Лечение острого герпетического стоматита (ОГС) остается актуальной проблемой современной стоматологии, поскольку герпес-вирусная инфекция получила широкое распространение в человеческой популяции, поражает людей любого возраста и имеет разнообразные клинические проявления. Более 80% заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) составляют острые и рецидивирующие формы герпетической инфекции.

Многочисленными исследованиями, проведенными как в нашей стране, так и за рубежом, доказано, что в подавляющем большинстве

случаев патологические процессы в полости рта, особенно при вирусных инфекциях, как правило, сопровождаются дисбиотическими изменениями в микрофлоре ротовой жидкости, что в свою очередь приводит к нарушению состояния показателей системы иммунитета.

Цель исследования

Изучение состояния микроэкологии полости рта у детей с острой герпетической инфекцией до и после лечения.

Материал и методы

Микробиологические исследования проведены у 89 детей с острой формой герпетического

стоматита, обратившихся в поликлинику детской терапевтической стоматологии при ТГСИ. Все дети были разделены на несколько групп. Контрольную группу составили 13 здоровых детей. Во 2-ю группу включены 30 больных с традиционным лечением, которое заключалось в антисептической обработке полости рта раствором фурацилина (1:5000), аппликациях оксолиновой мази (0,25%). 3-я группа – дети с ОГС которым назначалось специальное лечение: 1-я подгруппа – 25 детей, у которых проводились аппликации препарата «Кызыл май», 2-я – 21 ребенок, который получал аппликации препарата «Кызыл май» и обработку низкочастотным ультразвуком.

У всех детей, как правило, собирали ротовую жидкость методом смыва со слизистой оболочки полости рта (путем полоскания). Для этого были подготовлены пробирки с 4,5 мл стерильного физиологического раствора (Ефимович О.И., 2002). Из полученного таким способом как первое разведение (10^1) материала в лаборатории готовили ряд серийных разведений, в последующем определенный объем засеивали на поверхность дифференциально-диагностических питательных сред. Для этого нами использованы высокоселективные питательные среды производства Индийской фирмы «Hei Media»: среда Эндо, желточно-солевой агар, среда Сабуро, МРС-4 (молочно индуцированная среда) и др.

У части детей также с помощью стерильных тампонов забирали смывы с участка поражения «герпетической раны» для определения вида локализованного в ране микроба. Посевы на кровяном агаре, среде Эндо, молочно-солевом агаре и среде Сабуро культивировали в обычных условиях 18-24 часа при температуре 37°C. Культивирование посевов для выделения анаэробов осуществляли в анаэроостате путем использования газогенераторных пакетов. По истечении указанных сроков все засеянные чашки вынимали из термостата, производили подсчет выросших колоний микробов, определяли групповую и видовую принадлежность изолированных колоний на основе данных микроскопии мазков окрашенных по Граму, характера роста на селективных питательных средах и биохимических свойств. При работе по модифицированной методике результат учитывали по последнему разведению, в котором получен рост бактерий. Количество микроорганизмов подсчитывали по следующей формуле: $K=200 \times P(\text{КОЕ/мл})$. Количество микробов каждого вида выражали в Lg КОЕ/мл.

Результаты и обсуждение

Результаты количественных микробиологических исследований в ротовой жидкости у детей

с герпетическим стоматитом представлены в таблице. Из таблицы видно, у больных детей, страдающих герпетическим стоматитом, в микрофлоре полости рта развиваются дисбиотические изменения.

Так, во флоре ротовой жидкости у больных при поступлении наиболее достоверные изменения выявлялись в анаэробной флоре. Характерной тенденцией является достоверное снижение общего количества анаэробов, которое составило $Lg 4,15 \pm 0,25$ КОЕ/мл при норме $Lg 5,75 \pm 0,21$ КОЕ/мл. Такая же тенденция к уменьшению наблюдается и у культур лактобактерий, когда их количество равнялось $Lg 2,15 \pm 0,15$ КОЕ/мл при норме $Lg 4,15 \pm 0,15$ КОЕ/мл. Следует отметить, что среди анаэробной флоры количество пептострептококков возрастало до $Lg 5,10 \pm 0,21$ КОЕ/мл. По-видимому, это связано с компенсаторно-приспособительными процессами в полости рта.

Однако наиболее выраженные количественные сдвиги в полости рта у детей, больных герпетическим стоматитом, происходили в факультативной флоре. Так, количество большинства микробов этой группы увеличилось почти на 2 порядка. Особенно это касалось таких микробов, как сапрофитные стафилококки, эшерихии, грибы. Только количество эпидермальных стафилококков и энтерококков несколько уменьшалось.

Нельзя не отметить и тот факт, что у детей, страдающих ОГС, в ротовой жидкости появлялись микробы, которые не высевались у здоровых детей. Так, у них были обнаружены культуры золотистого стафилококка, пиогенного стрептококка и лактогенативных штаммов эшерихий. Следует отметить, что это ничто иное как штаммы, обладающие более выраженными агрессивными свойствами. Лечащим терапевтам-стоматологом это необходимо обязательно учитывать при оказании медицинской помощи детям.

Выводы

1. У больных детей, страдающих герпетическим стоматитом, в полости рта наблюдаются дисбиотические сдвиги, характерной особенностью которых является достоверное снижение количества лактобактерий и на этом фоне существенное возрастание количества факультативной флоры.

2. При ОГС традиционная терапия способствует улучшению клинической картины, но не полностью устраняет развитие дисбиоза в полости рта у детей. Проведение комплексного лечения с использованием ультразвуковой терапии посредством аппарата «УЗТ-1.01 Ф-М» и препарата «Кизил май» способствует устранению дисбиоза и нормализует микрофлору полости рта.

Литература

1. Даминова Ш.Б., Махсумова И.Ш., Акбаров Ж.Р. Совершенствования методов лечения ОГС у детей // Мед. журн. Узбекистана. – 2014. – № 3. – С. 9–10.
2. Даминова Ш.Б., Махсумова С.С., Мухамедова М.С., Махсумова И.Ш. Способ лечения острого герпетического стоматита у детей // Педиатрия (Узб.) – 2017. – № 1. – С. 62–63.
3. Еленская Ю.Р. Особенности общемедицинского и стоматологического статуса детей с герпетическим стоматитом // Охр. материнства и детства. – 2012. – № 2 (20). – С. 41–44.
4. Ешиев А.М., Азимбаев Н.М. Причины развития и лечение острого герпетического стоматита у детей дошкольного возраста // Молодой ученый. – 2015. – № 4. – С. 92–95.
5. Лукиных Л.М., Спиридонова С.А. Роль местного иммунитета полости рта в течении хронического рецидивирующего герпетического стоматита // Стоматология. – 2013. – № 6. – С. 20–22.
6. Махсумова И.Ш. Клинико-статистические показатели у детей больных острым герпетическим стоматитом // Stomatologiya. – 2016. – № 2. – С. 93–97.
7. Махсумова С.С., Мирсалихова Ф.Л., Махсумова И.Ш., Рахматуллаев Б.Ф. Способы лечения острого герпетического стоматита у детей // Stomatologiya. – 2016. – № 1. – С. 67–68.
8. Махсумова И.Ш., Махсумова С.С., Мухамедов И.М. Изучение антимикробной активности некоторых лекарственных препаратов и ультразвука // Stomatologiya. – 2019. – № 1. – С. 82–84.
9. Махсумова И.Ш., Махсумова С.С., Мухамедова М.С. и др. Efficacy of treatment of acute herpetic stomatitis. Clinical and immunological parameters of oral cavity in children // Amer. J. Med. Med. Sci. – 2019. – №9. – P. 393-395.
10. Хоменко Л.А., Кисельникова Л.П. Детская терапевтическая стоматология. – М., 2013. – 850 с.

Резюме

Таблица

Состояние микроэкологии полости рта у детей с острым герпетическим стоматитом

Показатель	Норма	ОГС	Группа сравнения	1-я основная группа	2-я основная группа
Общее количество анаэробов	5,65±0,3	3,10±0,2 ^а	4,60±0,3 ^б	6,10±0,4 ^б	5,65±0,3 ^б
Лактобактерии	4,35±0,2	2,01±0,1 ^б	4,60±0,3 ^а	4,75±0,5 ^а	4,35±0,2 ^в
Пептострептококки	3,40±0,2	3,85±0,2 ^б	5,30±0,4 ^б	4,0±0,2 ^в	3,40±0,2 ^б
Общее количество аэробов	5,30±0,3	7,15±0,5 ^а	5,15±0,3 ^б	5,60±0,4 ^в	5,30±0,3 ^б
Золотистый стафилококк	-	2,10±0,2 ^б	-	-	-
Эпидермальный стафилококк	4,10±0,2	5,30±0,3 ^б	4,30±0,2 ^б	2,60±0,2 ^б	4,10±0,2 ^б
Стрептококк саливариус	4,50±0,3	2,45±0,2 ^а	2,60±0,1 ^а	4,10±0,2 ^б	4,50±0,3 ^в
Стрептококк мутанс	2,35±0,2	4,10±0,3 ^а	3,10±0,2 ^в	2,30±0,2 ^б	2,35±0,2 ^б
Стрептококк митис	2,60±0,2	3,11±0,2 ^б	3,10±0,1 ^а	3,0±0,1 ^в	2,60±0,2 ^в
Эшерихии	1,30±0,1	4,15±0,3 ^а	1,15±0,1 ^а	-	1,30±0,1
Протеи	1,15±0,1	2,15±0,1 ^б	-	-	1,15±0,1 ^б
Грибы рода Кандида	2,15±0,2	4,30±0,3 ^б	1,60±0,1 ^б	2,30±0,1 ^в	2,15±0,2 ^в

Примечание. а – $p < 0,05$, б – $p < 0,01$, в – $p < 0,001$ по сравнению с контролем.

Цель: Изучение состояния микроэкологии полости рта у детей с острой герпетической инфекцией до и после лечения. **Материалы и методы:** Микробиологические исследования проведены у 89 детей с острой формой герпетического стоматита, обратившихся в поликлинику детской терапевтической стоматологии при ТГСИ. Все дети были разделены на несколько групп. Контрольную группу составили 13 здоровых детей. Во 2-ю группу включены 30 больных с традиционным лечением, которое заключалось в антисептической обработке полости рта раствором фурацилина

(1:5000), аппликациях оксолиновой мази (0,25%). 3-я группа – дети с ОГС которым назначалось специальное лечение: 1-я подгруппа – 25 детей, у которых проводились аппликации препарата «Кызыл май», 2-я – 21 ребенок, который получал аппликации препарата «Кызыл май» и обработку низкочастотным ультразвуком. **Результаты:** у больных детей страдающих герпетическим стоматитом в полости рта наблюдаются дисбиотические сдвиги, характерной особенностью которого являются достоверное снижение количества лактобактерии и на этом фоне

существенное возрастание количества факультативной флоры. При ОГС традиционная терапия способствует улучшению клинической картины больных, но не полностью устраняет развитие дисбиоза в полости рта у детей.

Выводы: лечащим терапевтам-стоматологом это необходимо обязательно учитывать при оказании медицинской помощи детям.

Ключевые слова: острый герпетический стоматит, микробиология, дисбиоз, факультативная флора

Summary

The article analyzes the microbiological changes

in the oral cavity in 89 children with acute herpetic stomatitis. In this case, dysbiotic changes are determined at the oral cavity in children.

Key words: acute herpetic stomatitis, microbiology, dysbiotic, facultative flora

Резюме

Мақолада ўткир герпетик стоматит билан касалланган 89 нафар болаларда даволашдан олдин ва кейин оғиз бўшлиғи микрофлорасини микдорий ва сифат жиҳатдан ўрганиш ҳақида фикр юритилади. Бунда болалар оғиз бўшлиғи микрофлорасида дисбиотик ўзгаришлар кузатилиши аниқланган.

Обзорные статьи

УДК: 616.31:672/673-073.786

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГАЛЬВАНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА ПРИ НАЛИЧИИ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ВКЛЮЧЕНИЙ



^{1,2} Саркисян Нарине Гришаевна, ³ Зараев Павел Игоревич,

² Хлыстова Карина Алексеевна, ⁴ Юффа Елена Петровна

¹ Уральского государственного медицинского университета Минздрава России, кафедра терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний.

² Институт иммунологии и физиологии УрО РАН, Екатеринбург, Россия

³ Стоматологическая клиника Дента ОС, г. Екатеринбург, Россия

⁴ Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России

Арсенал материалов, используемый в стоматологической практике, расширяется многократно, что позволяет довести до высокого уровня критерии эстетики и прочности, но при этом увеличивается процент заболеваний, связанных со слизистой оболочкой полости рта, обуславливаемый электрохимическим потенциалом. Вследствие чего является актуальным вопрос о том, насколько сильным происходит влияние на состояние полости рта и в целом на организм, которое оказывают материалы, необходимые для изготовления зубных протезов. Металлами могут быть вызваны токсические и аллергические реакции. Электрохимическое воздействие, называемое «гальванозом», является одним из видов патологического воздействия металлов [31, 37].

Непереносимость стоматологических материалов может быть вызвана различными причинами: гальванизмом, аллергическими реак-

циями на стоматологические материалы, токсическими повреждениями слизистой оболочки, поэтому необходим строгий контроль качества и анализ используемых материалов, а также учет осложнений при применении разнородных металлов [13, 15, 28, 36]. Даже в том случае, когда слизистая оболочка полости рта находится в норме, часто гиперемированы, отечны ее отделы, в некоторых случаях наблюдается появление участков десквамации эпителия в проекции металлических конструкции (по мнению Рабиновича О.Ф. (2005), Юмашева А.В. (2012), Васенева Е.Е. (2016)) [1, 8, 27, 37].

По данным клинических обследований, гальваноз полости рта, или реакцию слизистой оболочки, наблюдается в 15-45% случаев [7, 35]. В связи с чем необходимо ещё более ответственно подходить к выбору правильных материалов для имплантации и протезирования, проводить своевременные мероприятия по устранению дефектов и замене

старых зубных протезов [32, 34]. При наличии металлических включений в полости рта вопрос об определении её гальванического состояния в диагностике гальваноза является актуальным. В основе диагностики лежит измерение величин разности потенциалов металлических включений, которое устанавливается в определенном алгоритме, что помогает провести дифференциальную диагностику с иными патологическими состояниями, такими как аллергические реакции на металлы, нарушение обмена веществ, нарушение электролитного состава слюны и обнаружить любые отклонения от физиологической нормы организма [33]. При лечении возникают затруднения, вызванные тем, что протезы должны постоянно находиться в полости рта.

Действие электрохимических процессов могут являться причиной малигнизации процесса. При продолжительном воздействии электрохимических раздражителей возможно развитие предрака (лейкоплакии) с последующим развитием рака [21, 29].

В современной ортопедической стоматологии для изготовления искусственных коронок, штифтов, мостовидных протезов довольно часто используются такие материалы, как: нержавеющая сталь, сплавы на основе хрома, серебра и палладия, а также золотые, титановые, молибденовые, кобальтовые составы [3, 11, 25]. Металлические конструкции, контактирующие со слизистой, подвергаются коррозии [11]. В полости рта присутствуют материалы с разными электрическими потенциалами, при замыкании круга образуются гальванические элементы. Металлы, которые обладают высоким отрицательным потенциалом гальванического элемента, со временем разрушаются и подвергаются коррозии; электрохимическое воздействие может возникать и между однородными элементами [4, 11, 16, 17, 20].

Исторически, явление «гальваноз» получило свое название в честь открывшего его итальянского ученого и анатома Луиджи Гальвани. Сам первооткрыватель назвал данное явление «животным электричеством», которое он обнаружил в процессе оперирования лягушки в ходе эксперимента. В физическом смысле гальваноз представляет собой постоянный электроток, для которого характерны малая сила и напряжение. Возникновение выше упомянутого явление возможно между металлами разного рода или их оксидами. Обязательным условием возникновения является наличие проводника [12].

При более углубленном изучении вопроса можно определить, что существуют понятия

«гальванизм» и «гальваноз», которые являются разными процессами. Гальванизм – это физический процесс в виде появления электрических токов между различными металлами, которые обладают неодинаковыми показателями потенциалов. В таком случае слюна является средой электролита, которая позволяет активизироваться данным процессам. При этом при стоматологическом осмотре пациента не обнаруживаются признаки патологии полости рта, и человек не заявляет о каких-либо жалобах на свое здоровье. Тогда как гальваноз – это результат действия токов в ротовой полости, проявляющееся патологической симптоматикой и другими неприятными последствиями. У больного в полости рта происходит замыкание цепи и создание гальванической батарейки. По МКБ данное заболевание идентифицируется, как «K13 Другие болезни губ и слизистой оболочки полости рта». Таким образом, гальванизм – это не болезнь, а лишь предрасполагающий фактор. Но данный фактор увеличивает риск развития заболеваний. Диагноз «гальваноз» устанавливается при проявлении симптомов раздражения слизистой полости рта, наличии гальванизма, а также общих симптомов недомогания. Стоит заметить, что не всегда гальванизм приводит к такому заболеванию, как гальваноз.

Описание этиопатогенетическое лечение гальваноза полости рта приводится в работах Данилиной Т.Ф., Борисовой Э.Г. В данном случае происходит замена металлических конструкций на безметалловые (пластмассовые или цельнокерамические) [5, 10]. Такой подход может вызвать негативную реакцию пациента по отношению к врачу. Замена конструкции является дорогостоящей и требует дополнительного времени.

Некоторыми авторами описаны жалобы пациентов через 1–6 месяцев после первого или повторного протезирования конструкциями из разнородных металлов (бюгельных протезов, металлических вкладок и др.), которые выражаются следующим образом: изменение вкусовой чувствительности, жжение слизистой оболочки полости рта [6, 7, 26, 31, 37].

Основные методы диагностики сводятся к осмотру и оценки количества металлических конструкций, их вида, состава, наличия признаков нарушения технологии изготовления [2, 18, 30]. В местах максимальной травматизации под влиянием тока появляются участки гиперкератоза. Они имеют вид плотных пятен белого цвета, безболезненны. Констатация патологического процесса проводится при уже видимой измененной слизистой полости рта.

Опасность поражения слизистой оболочки полости рта в возможных осложнениях. Игнорирование симптомов или же проявления их в атипичной форме, что не дает возможности поставить точный диагноз и принять нужные меры, приводит к серьезным последствиям: происходит перерождение клеток тканей в злокачественные образования, что со временем вызовет онкологические заболевания; постоянный пониженный иммунитет приводит к частым хроническим и острым патологиям [18, 29]. Наблюдаются нарушения работы общих систем организма, постоянное наличие электрического тока разрушает мышечную ткань, что также приводит к разным проблемам кожи лица и оставляет эстетический дефект [9, 19]. Хроническая форма данного заболевания приводит к возникновению язв, эрозий эмали, которые характеризуются сильными болями и длительным восстановительным периодом. Это связано с работой гальванического тока, который ремодулирует процессы на биохимическом уровне по всей слизистой [14]. Длительное существование гиперкератоза способствует возникновению паракератоза, а также появлению лейкоплакии, которая при отсутствии лечения становится злокачественной, к гальванозу нередко присоединяется красный плоский лишай ротовой полости, который усугубляется при влиянии с гальваническим током [18, 29].

Гальваноз может протекать совместно с тяжелой общей патологией или как фактор, усугубляющий заболевание и иметь необратимые последствия [35]. Поэтому важно своевременно проводить диагностику и установить заболевание, а также устранить его основные причины.

Наряду с клиническими методами обследования особое значение приобретают специальные методы, как измерение величин электрохимических потенциалов металлических включений полости рта [22], измерение силы тока между металлическими зубными протезами [21] и определение pH качественного состава и количественного содержания микроэлементов слюны как показателя выраженности электрохимических процессов [23, 24].

В связи с тем, что количество пациентов возрастает после ортопедического лечения по поводу гальваноза, проблема с этим заболеванием остается актуальной. Жалобы, которые возникают при гальванозе, имеют не острый, а затяжной характер, который влияет на эмоциональное состояние пациента. Поэтому необходимо наблюдать и лечить таких пациентов, применяя новые современные технологии и аппараты, которые могут быть доступны в стоматологических

кабинетах или доступны врачам стоматологам, которые занимаются данной проблемой.

Библиографический список

1. Alla, R. Dental casting alloys (Casting gold and base metal alloys) / R. Alla // *Dental Materials Science*. – 2013. – Vol. 15.
2. Dental metal allergy in patients with oral, cutaneous, and genital lichenoid reactions / L.A. Scalf, J.F. Fowler, K.W. Morgan, S.W. Looney // *American Journal of Contact Dermatitis*. – 2001. – Vol. 12 (3). – P. 146–150.
3. Messer, R.L. W. Cytotoxicity of nickel-chromium alloys: bulk alloys compared to multiple ion salt solutions / R.L. W. Messer, L.C. Lucas // *Dental Materials*. – 2000. – Vol. 16 (3). – P. 207–212.
4. Potgieter, J.H. Corrosion of passive alloys: the effect of noble metal additions / J.H. Potgieter // *Shreir's Corrosion*. – 2010. – P. 2224–2249.
5. Борисова Э. Г. Особенности клинического течения хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне гальваноза / Э. Г. Борисова, А. А. Комова, Е. А. Никитина // *Здоровье и образование в XXI веке*. – 2018. – № 20 (5). – С. 46–49.
6. Борисова Э.Г., Комова А.А., Вербицкий Е.С., Идрис А.-Я. – Гальваноз полости рта, 2019
7. Борисова, Э.Г. Диагностика гальваноза в амбулаторных условиях / Э.Г. Борисова, А.А. Комова // *Здоровье и образование в XXI веке*. – 2018. – № 20 (4). – С. 38–41.
8. Васенев, Е.Е. Измерение биоэлектрической активности слизистой оболочки полости рта у стоматологических больных / Е.Е. Васенев // *Медицинский вестник Юга России*. – 2016. – № 3. – С. 36–41.
9. Гришина Н.В. Психофизиологические и нейрофизиологические особенности больных с синдромом жжения полости рта / Н.В. Гришина // *Нейростоматология*. – 1999. – № 1. – С. 39–41. 28
10. Данилина Т. Ф. Гальваноз как фактор возникновения и развития предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта / Т. Ф. Данилина, А. В. Жидовинов // *Волгоградский научно-медицинский журнал*. – 2012. – № 3. – С. 37–39.
11. Данилина, Т.Ф. Литье в ортопедической стоматологии / Т.Ф. Данилина. – Волгоград: ВолГМУ, 2011. – 131 с.
12. Джонсон Джордж. Десять самых красивых экспериментов в истории науки // М.: КоЛибри, 2009. – 224 с., 2009
13. Дорошина И.Р., Кристаль Е.А., Михайлова М.В., Юмашев А.В. – Изменение химического состава стоматологических сплавов в процессе

- литься // Заготовительные производства в машиностроении. – 2014. – № 5. – С. 41–44.
14. Жолудев С.Е. Проблема подбора материала для зубных протезов при явлениях их непереносимости у населения Свердловской области // Современные вопросы стоматологии: Материалы 11-й региональной юбилейной научн. – практ. конф. стоматологов. – Ижевск, 1997. – С. 134–136.
 15. Лебедев К.А., Митронин А.В., Понякина И.Д. Непереносимость стоматологических материалов. Москва, – 2009. – 204 с.
 16. Лебедев, К.А. Непереносимость стоматологических материалов / К.А. Лебедев. – Москва, 2009. – 204 с.
 17. Лебедев, К.А. Очаг патологического действия металлов в организме человека и роль гальванических токов в его возникновении / К.А. Лебедев, И.Д. Понякина // Физиология человека. – 2011. – № 4. – С. 90–97.
 18. Леоненко, П.В. Дифференциально-диагностические критерии клинических форм непереносимости сплавов металлов зубных протезов / П.В. Леоненко // Современная стоматология. – 2003. – № 1. – С. 104–108.
 19. Лианидис И.М. // Гальванизм и гальваноз в стоматологической практике – 2016
 20. Лобановская, А.А. Гальванотоки в полости рта / А.А. Лобановская, Е.С. Михайлова, Д.В. Абрамов // Человек. – 2013. – С. 28.
 21. Локтионова М.В., Жидовинов А.В., Жаббаров А.Г., Салтовец М.В., Юмашев А.В. Реабилитация пациентов с тотальными дефектами нижней челюсти // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2016. – № 4. – С. 81–83.
 22. Медведева Е.А., Федотова Ю.М., Жидовинов А.В. Мероприятия по профилактике заболеваний твёрдых тканей зубов у лиц, проживающих в районах радиоактивного загрязнения // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 12–1. – С. 79–82.
 23. Михальченко Д.В., Гумилевский Б.Ю., Наумова В.Н., Вирабян В.А., Жидовинов А.В., Головченко С.Г. Динамика иммунологических показателей в процессе адаптации к несъёмным ортопедическим конструкциям // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – С. 381
 24. Михальченко Д.В., Слётов А.А., Жидовинов А.В. Мониторинг локальных адаптационных реакций при лечении пациентов с дефектами краниофациальной локализации съёмными протезами // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – С. 407.
 25. Ортопедическая стоматология Под редакцией Э.С. Каливрадзяна, И.Ю. Лебедеко, Е.А. Брагина, И.П. Рыжовой 2-е издание, переработанное и дополненное – 2018 – с 233
 26. Парестезия слизистой оболочки полости рта / Г.В. Адкина, Е.В. Честных, Е.Б. Ольховская [и др.] // Верхневолжский медицинский журнал. – 2016. – Т. 15, №3. – С. 37–41.
 27. Рабинович, О.Ф. Методы диагностики и местного лечения заболеваний слизистой оболочки рта / О.Ф. Рабинович, Е.А. Эпельдимова // Стоматология. – 2005. – № 3. – С. 58–63.
 28. Севбитов А.В. Оценка качества жизни ортодонтических пациентов, имеющих травматические поражения на слизистой оболочке полости рта / А.В. Севбитов, А.С. Невдах, В.В., Платонова, М.Ю. Кузнецова, А.В. Юмашев // Труды Международного симпозиума Надежность и качество. – 2015. – Т. 2. – С. 368–369.
 29. Севбитов А.В., Юмашев А.В., Ершов К.А., Дорофеев А.Е., Кристаль Е.А. Особенности адаптации к съёмным зубным протезам по гендерным особенностям у пациентов, постоянно проживающих в условиях геронтологического центра // Material of the X International scientific and practical conf. «Trend of modern science». Medicine. Sheffield. Science and education LTD; – 2014. – P. 42–44.
 30. Способ диагностики непереносимости ортопедических конструкций в полости рта / Т.Ф. Данилина, Д.В. Михальченко, А.В. Жидовинов [и др.] // Современные наукоемкие технологии. – 2013. – №1. – С. 46–48.
 31. Тебенюва, Г.М. Пути решения диагностики непереносимости к металлическим включениям в полости рта / Г.М. Тебенюва // Вестник КазНМУ. – 2018. – №1. – С. 541–544
 32. Утюж А., Юмашев А., Михайлова М. Ортопедические конструкции из сплавов титана при непереносимости традиционных зубных протезов // Врач. – 2016. – № 7. – С. 62–64.
 33. Утюж А.С., Юмашев А.В., Лушков Р.М., Загорский В.В., Нефедова И.В. Клинические аспекты биомеханики включенных в блок имплантатов // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. – 2016. – № 7. – С. 92–97.
 34. Утюж А.С., Юмашев А.В., Михайлова М.В. – Лечение пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом ортопедическими конструкциями на основе титановых сплавов по технологии CAD / CAM. // Новая наука:

- Стратегии и векторы развития. – 2016. – № 2–2 (64). – С. 44–48.
35. Шлык К.С., Бредихина А.А. // Особенности гальваноза в стоматологической практике. – 2019. – С. 1.
 36. Юмашев А.В., Кристаль Е.А., Кудерова И.Г., Михайлова М.В. – Непереносимость ортопедических конструкций, явления гальванизма // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14. – № 2. – С. 26.
 37. Юмашев А.В. Непереносимость ортопедических конструкций, явления гальванизма / А.В. Юмашев, Е.А. Кристаль, И.Г. Кудерова // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, №2. – С. 26.

Аннотация. Обзор литературы посвящён проявлениям гальваноза в полости рта. Охват анализа источников имеет большой временной диапазон: с 1997 по 2019 гг. За это время было накоплено немало знаний о влиянии материалов, из которых изготавливаются зубные протезы, на состояние полости рта и на организм в целом. Кроме

того, в обзоре описаны причины возникновения гальваноза, патологические воздействия на твёрдые и мягкие ткани полости рта, возможные осложнения и диагностика. Поднимается вопрос о необходимости разработки профилактических мероприятий по борьбе с этим заболеванием.

Ключевые слова: гальваноз, металл, диагностика, предрак, жжение, гальванизм, аппараты, электрохимический потенциал.

Annotation. A review of the literature focuses on manifestations of galvanosis in the oral cavity. The scope of the analysis of sources has a large time range: from 1997 to 2019. During this time there was a lot of knowledge about the impact of the materials from which dental prostheses are made on the state of the oral cavity and on the body as a whole. In addition, the review describes the causes of galvanosis, pathological effects on hard and soft tissues of the oral cavity, possible complications and diagnostics. The need to develop preventive measures to combat the disease is raised.

Key words: galvanosis, metal, diagnostics, pre-cancer, burning, galvanism, devices, electrochemical potential.

УДК: 616.314.17-008.1-002-07: 616.527

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ ПУЗЫРЧАТКОЙ



Даминова Н.Р., Исаков С.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Заболевания пародонта, которые являются одними из самых распространенных в стоматологической практике, поражают пациентов всех возрастных групп [17]. Чаще всего слизистая оболочка рта страдает при обыкновенной (вульгарной) пузырчатке (у 75% больных), поэтому она представляет наибольший интерес для стоматологов [26,27].

В структуре стоматологической патологии заболевания пародонта воспалительного характера занимают одно из ведущих мест и в настоящее время частота их не имеет тенденции к снижению. Поражения пародонта оказывают негативное воздействие на состояние всех органов и систем организма, ухудшают показатели здоровья человека и качество жизни, течение и прогноз сочетанной патологии [7,10,11,17].

Пародонтологические аспекты пузырчатки слизистой оболочки полости рта (СОПР) до конца изучены. Ее аутоиммунный генез предполагает вовлечение в процесс важнейшего морфофункционального комплекса полости рта – пародонта [25].

Учитывая недостаточную изученность проблемы, актуально проведение полномасштабного клинического исследования, посвященного изучению клинических особенностей воспалительных заболеваний пародонта при сочетании их с пузырчаткой [26] в зависимости от локализации и длительности последней [2]. Изучен материал ткани пародонта и ротовая жидкость у больных пузырчаткой [4]. В работе применяли клинко-лабораторные, биохимические и статистические методы.

Изучение пародонтального статуса у больных пузырчаткой показало, что генерализованный пародонтит встречался в 100% случаев. В его структуре преобладал ГПТС – в $62,27 \pm 6,81\%$ случаев против $5,0 \pm 3,45\%$ в группе сравнения; ГПСТ встречался соответственно в $20,44 \pm 5,46$ и $25,0 \pm 6,85\%$ случаев, ГПЛС – в $14,29 \pm 5,0$ и $37,5 \pm 7,65\%$ [3,4].

Частота тяжелых форм поражения пародонта с высокой степенью достоверности не только превосходит соответствующие значения группы сравнения, но и прогрессивно увеличивается с увеличением длительности пузырчатки. Так, при длительности заболевания до 1-го года частота ГПТС составила $47,62 \pm 5,06\%$; при длительности 1–3 года – $70,0 \pm 10,8\%$, более 3-х лет – $94,44 \pm 5,12\%$ [5,6,22,24].

На этом фоне уменьшается распространенность ГПСТ и ГПЛС, частота которых при длительности заболевания до 1-го года – $23,81 \pm 12,84$ и $28,57 \pm 13,62\%$; 1-3 года – $10,0 \pm 7,01$ и $20,19 \pm 43\%$, более 3-х лет – $0,0$ и $5,55 \pm 5,12\%$ [3,19].

Необходимо отметить, что особенностью пародонтита при пузырчатке является генерализованный характер поражения, тяжелые воспалительно-деструктивные нарушения и упорное прогрессирующее течение с частыми обострениями, которые совпадают с периодами обострения пузырчатки [14–16].

В результате исследований не установлено значимых различий в распространенности и тяжести пародонтита в зависимости локализации элементов поражения. Так, частота ГПТС при изолированном поражении десны вершин альвеолярных отростков составила $72,73 \pm 13,92\%$; при комбинированном поражении – $66,67 \pm 11,11\%$, при изолированном – $60,0 \pm 10,95\%$ ($p > 0,05$). Частота ГПСТ при изолированном, комбинированном поражении десны и без поражения альвеолярной зоны составила соответственно $5,55 \pm 6,90\%$; $27,78 \pm 10,55$ и $25,0 \pm 9,68\%$; ПЛС – $18,18 \pm 11,63\%$; $11,71 \pm 7,40\%$ и $15,0 \pm 7,98\%$ [12,14,15,18,20,22].

Не имели значимых различий и индексные показатели состояния пародонта (табл.). Так, при изолированном поражении пародонта величина PI индекса превосходила значения группы сравнения на $165,66\%$ ($p < 0,01$); комбинированном – на $161,89\%$ ($p < 0,01$) и без поражения альвеолярной десны – на $146,04\%$ ($p < 0,01$); соответствующая динамика для индекса РМА составила $90,77\%$ ($p < 0,01$); $86,21\%$ ($p < 0,01$) и $81,96\%$ ($p < 0,01$); ОНІ-S индекса – на $192,3\%$ ($p < 0,01$) и $188,62\%$ ($p < 0,01$) и индекса кровоточивости – $88,92\%$ ($p < 0,01$); $88,25\%$ ($p < 0,01$) и $87,66\%$ ($p < 0,01$). Межгрупповые различия не достоверны ($p > 0,05$).

Так, величина PI у больных пузырчаткой

Таблица

Индексы воспаления, деструкции, гигиены и кровоточивости пародонта в зависимости от длительности пузырчатки, $M \pm m$

Группа, длительность приема кортикостероидов, лет	Индекс			
	PI, балл	РМА, %	ОНІ-S, Балл	кровоточивость, балл
Сравнения, n=20	$2,65 \pm 0,15$	$35,25 \pm 1,66$	$2,87 \pm 0,14$	$1,42 \pm 0,10$
Больные пузырчаткой, n=49				
До 1, n=11	$5,28 \pm 0,22^a$	$50,24 \pm 2,32^a$	$3,62 \pm 0,15^a$	$2,65 \pm 0,11^a$
1-3, n=18	$6,44 \pm 0,31^{ab}$	$66,31 \pm 3,11^a$	$4,88 \pm 0,21^{a,ab}$	$3,00 \pm 0,14^a$
Более 3, n=20	$7,62 \pm 0,42^{abv}$	$78,45 \pm 3,62^{abv}$	$5,81 \pm 0,27^{abv}$	$3,52 \pm 0,17^{abv}$
Всего, n=49	$6,66 \pm 0,22$	$67,65 \pm 2,32$	$4,82 \pm 0,22$	$3,08 \pm 0,11$

Примечание. а – $p < 0,05$ по отношению к группе сравнения; б – $p < 0,01$ по сравнению с показателями до 1-го года; в – $p < 0,01$ по сравнению с показателями 1-3 года.

превосходила соответствующие значения группы сравнения при длительности заболевания до 1-го года на $99,25\%$ ($p < 0,05$); 1-3-х лет – на $143,02\%$ ($p < 0,01$), более 3-х лет – на $187,55\%$ ($p < 0,01$). Соответствующая динамика для РМА индекса составила $42,52\%$ ($p < 0,01$); $88,11\%$ ($p < 0,01$) и $122,55\%$ ($p < 0,01$); индекса гигиены ротовой полости ОНІ-S индекса – $26,13\%$ ($p < 0,01$); $70,03\%$ ($p < 0,01$) и $102,44\%$ ($p < 0,01$); индекса кровоточивости десен – $86,62\%$ ($p < 0,01$); $111,27\%$ ($p < 0,01$) и $147,89\%$ ($p < 0,01$) [3,15,20,21,23].

Можно предположить, что ведущими факторами в инициировании воспалительно-деструктивного поражения пародонта является не лока-

лизация элементов поражения, а системные аутоиммунные нарушения, определяющие активность факторов агрессии и истощающие компенсаторные возможности организма. В генезе поражения пародонта у больных пузырчаткой доминируют такие факторы риска, как полисистемная патология, прием кортикостероидов и цитостатиков [3,5,8,21,23,26].

У 100% больных пузырчаткой выявляется хронический генерализованный пародонтит. Пузырчатка способствует быстрому прогрессированию заболеваний пародонта, определяет более тяжелый характер заболевания со значительным замедлением регенеративных и репаративных

процессов: в структуре заболеваний пародонта преобладает ГПТС – в 63,27±6,85% и ГПСТ – в 22,44±5,95% случаев.

Клинической особенностью пародонтита, ассоциированного с пузырчаткой, является эрозивный (десквамативный) характер поражения, высокая кровоточивость и низкая гигиена полости рта, что указывает на высокий риск системного инфицирования и определяет необходимость в оказании специализированной пародонтологической помощи [13].

Нарушения пародонтального комплекса при пузырчатке ассоциированы с ее длительностью и, очевидно, могут определять тяжесть клинического течения, эффективность лечения и прогноз основного заболевания [1,12,14,15,20, 22,23].

Литература

1. Абасканова П.Д. Перекисное окисление липидов и система антиоксидантной защиты мембран эритроцитов у органов с искусственно вызванным пародонтитом и влияние различных методов лечения. 16.
2. Абрамова Е.Н., Трофимова И.Б., Куршакова Т.С. Иммунологические исследования у больных вульгарной пузырчаткой // Сборник статей и тезисов докладов Пленума Правления ВНМОДВ. – М., 1988.17.
3. Барер Г.М., Воложин А.И., Поздняков А.Л. Особенности изменения показателей общего и местного иммунитета полости рта при пародонтите у больных вульгарной пузырчаткой, получавших разные дозы кортикостероидов // Сборник научных работ конференции стоматологов Воронежской области. – Воронеж, 1993. 20.
4. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта. Пузырчатка (Пемфигус). – М.: Медпресс информ, 2001.18.
5. Заболевания пародонта: Руководство; Под ред. А.И. Грудянова. – М., 2009.14.
6. Заболевания пародонта: Руководство; Под ред. Н.Ф. Данилевского, А.В. Борисенко. – Киев, 2000.13.
7. Заболевания полости рта: Руководство; Под ред. Л. Шугар, Й. Баноци, К. Шаллаи. – Будапешт, 2000.4.
8. Заболевания слизистой оболочки полости рта: Руководство; Под ред. проф. Х.П. Камилова, доц. К. Ахмедова. – Ташкент: Турон замин зиё, 2016.15.
9. Заболевания слизистой оболочки рта и губ: Руководство; Под ред. проф. Е.В. Боровского, А.Л. Машкиллейсона. – М.: МЕДпресс информ, 2001.3.
10. Заболевания слизистой оболочки рта и губ: Руководство; Под ред. проф. Е.В. Боровского. – М.: МЕДпресс-информ, 2005.5
11. Заболевания слизистой оболочки рта: Руководство; Под ред. Г.М. Барера. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005.2
12. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: Мед. информ. агентство, 1998. 8
13. Кунгуров Н.В., Кохан М.М., Куклин И.А. Способ лечения акантолитической пузырчатки.19
14. Мазур И.П. Некоторые аспекты патогенеза резорбции альвеолярного гребня при генерализованном пародонтите // Пародонтология. – 1999.21
15. Непомнящая Н.В. Повышение эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита.22
16. Пантелеева Г.А., Суздальцева И.В. Тактика лечения и реабилитации больных акантолитической пузырчаткой // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2008.23
17. Пародонтология: Нац. руководство; Под ред. Л.А. Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.1
18. Петрухина Н.Б. Использование «Иммудона» и медицинского озона в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. 24
19. Платонова А.Н., Слесаренко Н.А., Бакулев А.Л. Выбор тактики лечения больных вульгарной пузырчаткой в зависимости от активности гистологического процесса и выявленных нарушений // Тезисы 10-го Всероссийского съезда дерматовенерологов. – М., 2008. 25
20. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Разживис И.М. Пузырчатка слизистой оболочки рта // Клин. стоматол. – 2006.26
21. Решетникова Т.Б., Ефремов А.В. Комплексная терапия акантолитической пузырчатки // Рос. журн. кож. и вен. бол. – М., 2005. 27
22. Состояние местного иммунитета полости рта при пародонтите у больных вульгарной пузырчаткой // Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины: Тез. докл. науч. конф. молодых ученых ШЗИ. – М., 2009. 9
23. Теплюк Н.П., Потекаев Н.Н. Летальный исход при кортикостероидной терапии акантолитической пузырчатки в результате инфекционных осложнений // Клин. дерматол. и венерол. – 2005. 28
24. Терапевтическая стоматология: Руководство; Под ред. Е.В. Боровского, Ю.М. Максимовского. – М., 1998.12

25. Терапевтическая стоматология: Руководство; Под ред. проф. Е.В. Боровского и др. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1982.7
26. Хамзина Г.Р. Оптимизация диагностики и комплексного лечения пузырчатки слизистой оболочки рта: Дис. ... канд. мед. наук.10
27. Kamiya K., Aoyama V., Shirafuji T. et al. Detection of antibodies against the non-calcium-dependent epitopes of desmoglein 3 in pemphigus vulgaris and their pathogenic significance // Brit. J. Dermatol. – 2012.11

Резюме

Сочетание широко распространенного на сегодняшний день пародонтита с заболеваниями внутренних органов препятствует достижению полной ремиссии каждого из этих заболеваний. Дано обоснование клинических особенностей

воспалительных заболеваний пародонта в зависимости от размещения элементов пузырчатки у больных пузырчаткой и продолжительности заболевания.

Ключевые слова: пародонт, пузырчатка, акантолиз.

Summary

Joint observation of today's widespread periodontitis together with diseases of internal organs prevents the achievement of changes in periodontal tissues corresponding to the pathogenesis of various systemic diseases, as well as complete remission. The main subject of the study is the substantiation of the clinical features of inflammatory periodontal diseases depending on the location of pemphigus elements in pemphigus patients and the duration of the disease.

Key words: parodontium, pemphigus, acantholysis.

УДК: 616.314:616.98.46

ВИЧ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ



Ризаев Ж.А., Хасанова Л.Э., Мавлянова Н.Т.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность проблемы ВИЧ в настоящее время неуклонно возрастает. Практикующим стоматологам очень важно представлять свою роль в борьбе с глобализацией ВИЧ-инфекции и поддерживать свою активную позицию в выявлении ВИЧ-инфицированных лиц. Роль стоматологов чрезвычайно важна в связи с высокой частотой, ранним проявлением и специфичностью оральных проявлений ВИЧ и синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Высокая компетентность врачей-стоматологов в вопросах ВИЧ и СПИД способна сыграть важнейшую роль в продлении жизни пациентов, улучшении ее качества, а также обеспечении безопасности для самого стоматолога и его команды. В связи с этим акцентирование внимания специалистов к данной проблеме, анализ современных статистических данных и результатов различных исследований является актуальной задачей отечественной медицины.

Эпидемиологический статус проблемы. По данным экспертов ВОЗ, в 140 странах было зарегистрировано более 90 тыс. случаев заболеваний СПИД [1–3,10]. По прогнозам специалистов ВОЗ, к 10–15 млн взрослых инфицированных, которые

будут инфицированы в течение ближайших 10 лет, прибавится от 5 до 10 млн детей, зараженных от рождения [12]. В данный момент носителями ВИЧ в мире являются около 13 млн. Примерно 75% всех заболевших являются жителями Северной и Латинской Америки, 15% – Европы, 16% – Африки. Остальные случаи регистрируются в Азии и Океании. Что касается США, то здесь проживает около 64% от общего числа заболевших СПИДом [11]. По данным эпидемиологов, в среднем на 200–300 инцидентов с контаминацией ВИЧ медицинского инструментария приходится 1 случай возможного инфицирования [13,15,24,28].

Как и в других странах бывшего СНГ, эпидемия ВИЧ в Узбекистане началась с 1987 года. До 2000 года стадию эпидемии можно было расценивать как начальную. Однако, начиная с 2000 года, зафиксирован резкий рост эпидемии среди наиболее уязвимых групп населения. В течение последних 5 лет число зарегистрированных лиц, живущих с ВИЧ, выросло на 80%. На сегодняшний день общее число зарегистрированных носителей вируса составляет 32967, что соответствует примерно 13,1 на 100 тыс. населения [4,6,8,9].

Общие сведения о заболевании. ВИЧ – заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека, которое характеризуется прогрессирующим поражением иммунной системы и развитием синдрома приобретенного иммунодефицита, проявляющегося оппортунистическими инфекциями, злокачественными новообразованиями и иммунопатологическими процессами [16,17]. Как правило, вирус проникает в организм человека через кровь, лимфу, слюну, сперму, слезную жидкость и с молоком матери. В основе патогенеза СПИДа лежит подавление клеточного иммунитета, в первую очередь Т-хелперов. Для жизнедеятельности и размножения вирус нуждается в клетке человека, которая является для него идеальной питательной средой [1,3,7,19-21].

Стоматологические проявления ВИЧ-инфекции. Разнообразие нозологий и их клинических проявлений могут свидетельствовать не только о наличии ВИЧ-инфекции, но и являться ранним диагностическим маркером заболевания. При этом некоторые из симптомов могут быть важным признаком перехода ВИЧ-инфекции в СПИД. Поражение слизистой оболочки полости рта – наиболее ранний и наиболее значимый индикатор ВИЧ-инфекции, свидетельствующий о его клиническом течении [2,5,7,14].

В середине 90-х годов группой ученых из стран Европы была предложена классификация проявления ВИЧ-инфекции в полости рта. Согласно данной классификации выделены три основные группы заболеваний:

- первая группа включает заболевания слизистой оболочки полости рта, которые наиболее тесно связаны с ВИЧ-инфекцией. К ним относятся кандидоз, вирус Эпштейна – Барр, саркома Капоши, язвенный некротический гингивит, ВИЧ-гингивит и пародонтит;

- вторая группа включает заболевания, реже связанные с ВИЧ-инфекцией. К ним относятся орофарингеальные язвы, поражения слюнных желез, идиопатические тромбоцитарные пурпур и др.;

- третью группу составляют заболевания, относительно связанные с ВИЧ-инфекцией. К ним относятся бактериальные инфекции, обострения хронических воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта, синусит, остеомиелит, воспалительные процессы подкожной жировой клетчатки (абсцессы и флегмоны) и неврологические нарушения.

У лиц с неизвестным статусом по ВИЧ-инфекции данные симптомы в полости рта способны служить признаком возможного наличия заболевания, хотя сами по себе они не являются достоверным диагностическим критерием. Как правило,

связанная с ВИЧ-инфекцией патология ротовой полости диагностируется у 40-80% ВИЧ-инфицированных лиц [22,23,25].

У пациентов, не получающих специфической терапии, подобные проявления в полости рта могут служить признаком прогрессирования заболевания. У пациентов с ВИЧ, которые принимают антиретровирусные препараты (АРП), симптомы заболеваний ротовой полости могут означать повышение уровня ВИЧ в крови. Врачи-стоматологи должны уметь распознавать связанные с ВИЧ стоматологические заболевания и обеспечивать надлежащее лечение и направление пациентов к соответствующим специалистам. Чаще всего дифференциальная стоматологическая диагностика осуществляется на основании визуального осмотра и клинических особенностей течения заболевания [26].

Как правило, аномалии полости рта, связанные с ВИЧ, обнаруживаются у 40–80% ВИЧ-инфицированных, но зачастую описываются они неточно. Уровень медицинского ухода при подобных заболеваниях также достаточно низкий. Результаты одного исследования показали, что из 1424 обследованных взрослых со СПИДом лишь 9,1% больных обращались к врачу по поводу проявлений ВИЧ в ротовой полости [3,7]. Основными факторами низкой обращаемости за медицинской помощью в данных случаях являлся низкий уровень образованности, участие пациентов в клинических испытаниях и использование специальных служб поддержки (услуги социальных работников). Поражение слизистой оболочки ротовой полости у больных ВИЧ часто связано с развитием вторичных заболеваний в результате присоединения оппортунистической инфекции и опухолей, свойственных для иммунодефицитных состояний [1,4,8].

Поражение слизистой оболочки ротовой полости обычно начинается с развития кандидоза, возбудителем которого являются дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Наибольшее значение среди грибов данного рода имеют *C. albicans* и *C. tropicalis*. Тремя частыми формами кандидоза в полости рта являются ангулярный хейлит, эритематозный кандидоз и псевдомембранозный кандидоз [30].

Бактериальные инфекции чаще представлены ассоциациями различных возбудителей. Проявлением подобных инфекций являются ВИЧ-гингивит, ВИЧ-некротические поражения десны или слизистой оболочки щек и неба, а также ВИЧ-хронический пародонтит [3,4].

Вирусные инфекции также достаточно часто способствуют развитию поражения слизистой оболочки рта у ВИЧ-инфицированных. Среди

вирусных заболеваний у ВИЧ-инфицированных особенно часто отмечаются поражения слизистой оболочки полости рта, которое вызывается вирусом простого герпеса. Еще одним заболеванием вирусного происхождения является «волосистая» лейкоплакия, связанная с высоким уровнем репликации вируса Эпштейна – Барр в клетках эпителия языка. «Волосистая» лейкоплакия, которая встречается почти у 99% пациентов с ВИЧ-инфекцией, является одним из диагностических маркеров заболевания [29,31].

Особый интерес представляют нейропенические изъязвления, крайне болезненные образования, способные появляться на всех тканях полости рта. Их образование связано со снижением абсолютного числа гранулоцитов ниже 800/мл. Такое состояние чаще всего встречается у ВИЧ-инфицированных пациентов, хотя точный этиопатогенез и причина повышения уровня заболеваемости до сих пор остается не ясной. Они имеют вид крупных, необычно выглядящих или внезапно появившихся язв в полости рта, которые невозможно отнести к какому-либо иному виду язв. Их обнаружение в полости рта должно наводить врача на мысль об СПИДе [18,27].

Саркома Капоши является злокачественным заболеванием, которое наиболее часто встречается в полости рта при ВИЧ, несмотря на то, что его распространенность значительно снизилась из-за широкого применения эффективных АРП. Она представляет собой новообразование, состоящее из эндотелиальных клеток. Отличительными особенностями саркомы Капоши, развивающейся при ВИЧ, являются молодой возраст пациентов и агрессивность течения заболевания. Саркома Капоши встречается у 30% пациентов как начальный признак ВИЧ-инфекции, при этом у 50–90% из них наблюдается поражение ротовой полости [29,32].

В течение последних лет общая частота стоматологических проявлений ВИЧ снизилась с появлением эффективных АРП. Исследование Patton [7], показало уменьшение доли поражений полости рта с 47% перед появлением новой антиретровирусной терапии до 37,5% после ее внедрения. В последние годы особенно значительно уменьшилось количество случаев кандидоза, саркомы Капоши, волосистой лейкоплакии и некротизирующего язвенного пародонтита. Однако при этом возросло количество заболеваний слюнных желез, появления бородавок в полости рта и кариеса в форме «синдрома ломких зубов». Частота язвенных заболеваний полости рта остается относительно стабильной [27].

Проведение терапии АРП у ВИЧ-инфици-

рованных достаточно часто ведет к проявлению ксеростомии, являющейся основным фактором разрушения зубов у данного контингента пациентов. Известно более 400 лекарственных препаратов, вызывающих симптомы «сухого рта». В среднем у 30–40% ВИЧ-инфицированных пациентов проявляется умеренной или тяжелой формой ксеростомии вследствие приема лекарств или проникновения клеток CD8+ в структуру главных слюнных желез. Изменение количества и качества слюны, в свою очередь, способствует ухудшению ее антибактериальных свойств, приводят к быстрому развитию кариеса или заболеваний пародонта [7,18].

Заключение

Разнообразие клинических форм заболеваний и специфические особенности их проявлений свидетельствуют о том, что врачи-стоматологи являются одними из первых специалистов, которые должны принять участие в постановке диагноза, лечении и профилактике ВИЧ и СПИД, что требует обязательного знания симптомов поражения в слизистой оболочке ротовой полости и грамотного подхода к обследованию пациентов. Глубокий анализ стоматологических проявлений ВИЧ и СПИД может способствовать не только раннему выявлению заболевания, но и контролю эффективности терапии АРП и определению перехода ВИЧ в СПИД.

Литература

1. Анисимова Н.С., Шипулин Г.А., Покровский В.В. Проблемы эпидемиологического надзора за инфекциями, передаваемыми половым путём // Эпидемиол. и инф. бол. – 2012. – № 3. – С. 4–8.
2. Глобальный доклад: Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа. – ЮНЭЙДС/JC2417R, 2014. – 298 с.
3. Блинов Д.С., Ласеева М.Г., Чернова Н.Н. и др. Мониторинг заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Республике Мордовия // Вестн. Мордовского ун-та. – 2017. – №1 (27). – С. 123–130.
4. Бобоходжаева М.О., Ахмедов А.А., Касымова М.К. Некоторые особенности распространения ИПП/ВИЧ в современных социально-экономических условиях // Вестн. последипломного обр. в сфере здравоохран. – 2015. – №2. – С. 25–29.
5. Искакова М.К., Бедрикова Е.А. Проявление ВИЧ-инфекции в полости рта, тактика врача-стоматолога (по данным литературы) // Стоматология Казахстана (Алматы). – 2016. – № 2 (12). – С. 46–53.
6. Курбанов Б. Оценка ситуации по ВИЧ-инфекции среди ЛПИУВ в Узбекистане по

- результатам триангуляции данных // Вестн. Авиценны. – 2016. – № 4. – С. 71–73.
7. Мезгильбаева Д.М., Искакова М.К., Бакбаев Б.Б. и др. Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта // Наука и мир. – 2014. – № 4. – С. 102–107.
 8. Национальный отчет о выполнении Декларации по приверженности делу борьбы со СПИДом Республики Узбекистан. – Ташкент, 2015. – 268 с.
 9. Нуров Р.М. Результаты дозорного эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией среди осуждённых в гг. Душанбе и Худжанд Республики Таджикистан (2008–2010 годы) // Здравоохран. Таджикистана. – 2011. – № 4. – С. 77–81.
 10. Онищенко Г.Г. Противодействие эпидемии ВИЧ/СПИД в Восточной Европе и Центральной Азии // Журн. микробиол. – 2009. – № 1. – С. 16–21.
 11. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД: Нац. руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 528 с.
 12. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Буравцова Е.В. ВИЧ-инфекция. Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом: Информ. бюл. – М., 2013. – 38 с.
 13. Рафиев Х.К., Нуров Р.М. Развитие ВИЧ-инфекции в Таджикистане // Таджикское отд-е междунар. акад. наук высш. шк. – 2011. – № 3. – С. 50–57.
 14. Рафиев Х.К., Нуров Р.М., Бодов С.Т. и др. Особенности ВИЧ/СПИД в современных условиях среди населения и осуждённых // Вестн. Авиценны. – 2017. – №2. – С. 249–252.
 15. Розенталь В.В. Динамическая модель для описания и прогнозирования течения эпидемии ВИЧ-инфекции // Мед. акад. журн. – 2012. – № 2 (1). – С. 95–102.
 16. Смольская Т.Т. Профилактика ВИЧ-инфекции и её роль в контексте будущего эпидемии в Российской Федерации // Экология человека. – 2012. – № 2. – С. 47–54.
 17. Турсунов Р.А. Этапы становления системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией в Республике Таджикистан // Вестн. Авиценны. – 2015. – № 1. – С. 100–106.
 18. Чешко Н.Н., Походенько-Чудакова И.О., Жаворонок С.В. Проявления ВИЧ-инфекции в полости рта и челюстно-лицевой области. Оказание специализированной помощи, профессиональная практика: Учеб. пособие. – Минск: БГМУ, 2012. – 29 с.
 19. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services // Morb. Mortal. Wkly Rep. – 2005. – Vol. 54, №2. – P. 1–20.
 20. Castro-Sanchez A., Shkedy Z., Hens N. Estimating the force of infection for HCV in injecting drug users using interval-censored data // Epidemiol. Infect. – 2012. – Vol. 140, №6. – P. 1064–1074.
 21. Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposures to HIV-infected blood – France, United Kingdom, and United States, January 1988 – August 1994 // Morb. Mortal. Wkly Rep. – 1995. – Vol. 44 (50). – P. 929–933.
 22. Cleveland J.L., Barker L., Gooch B.F. et al. National Surveillance System for Health Care Workers Group of the Centers for Disease Control and Prevention. Use of HIV postexposure prophylaxis by dental health care personnel: an overview and updated recommendations // J. Amer. Dent. Assoc. – 2002. – Vol. 133, № 12. – P. 1619–1626.
 23. Department of Human Health and Services. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS prevention at CDC. 2007. www.cdc.gov/hiv/aboutDHAP.
 24. ECDC. Thematic report: People who inject drugs. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. – 2015. – P. 234.
 25. Global report UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva, UNAIDS, 2015. – 400 p.
 26. HIV Clinical Resource. Office of the Medical Director, New York State Department of Health AIDS Institute in collaboration with the Johns Hopkins University Division of Infectious Diseases. HIV prophylaxis following occupational exposure. – 2005.
 27. Kerdpon D., Pongsiriwet S., Pangsomboon K. et al. Oral manifestations of HIV infection in relation to clinical and CD4 immunological status in northern and southern Thai patients // Oral Dis. – 2004. – Vol. 10, № 3. – P. 138–144.
 28. Lohse N., Hansen A.B., Pedersen G. et al. Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995–2005 // Ann. Int. Med. – 2007. – Vol. 146, № 2. – P. 87–95.
 29. McCarthy G.M., Ssali C.S., Bednarsh H. et al. Transmission of HIV in the dental clinic and elsewhere // Oral Dis. – 2002. – Vol. 8, Suppl 2. – P. 126–135.
 30. Rand Corporation. Do people with HIV get the dental care they need? Results of the HCSUS

study. 2005. www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9067/.

31. U.S. Public Health Service. Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for post exposure prophylaxis // *Morb. Mortal. Wkly Rep.* – 2001. – Vol. 50, № 11. – P. 1–52.
32. WHO collaborating center on oral manifestations of HIV guidelines. An update of classification and diagnostic criteria of oral lesions in HIV infection // *J. Oral Pathol. Med.* – 1991. – Vol. 20. – P. 97–100.

Резюме

Проанализирована литература, посвященная анализу современного состояния ВИЧ и СПИД в стоматологической практике. Основной акцент сделан на анализе особенностей проявления стоматологических заболеваний у пациентов с ВИЧ. Приведены результаты различных исследований по частоте встречаемости стоматологических проявлений ВИЧ и их динамики под влиянием внедрения антиретровирусной терапии в течение последних лет. Приведенные данные свидетельствуют о том, что перед врачом-стоматологом стоит необходимость в более глубоком изучении и знании стоматологических проявлений ВИЧ и СПИД для разработки адекватных мер ведения подобных пациентов.

Ключевые слова: вирус иммунодефицита человека, СПИД, стоматологические заболевания, адекватное лечение.

Summary

This article provides a review on the analysis of the current state of HIV and AIDS in dental practice. The main emphasis placed on the analysis of the features of the manifestation of dental diseases in patients with HIV. The results of various studies on the incidence of dental HIV manifestations and their dynamics under the influence of the introduction of antiretroviral therapy in recent years presented. The data presented indicate that the dentist faced with the need for a deeper study and knowledge of the dental manifestations of HIV and AIDS in order to develop adequate management measures for such patients.

Резюмеи

Ушбу мақолада стоматологик амалиётда ОИВ ва ОИТСнинг ҳозирги ҳолати таҳлили бўйича адабиётлар тақдим этилган. Асосий эътибор ОИВ билан оғриган беморларда стоматологик касалликларнинг намоён бўлиш хусусиятларини таҳлил қилишга қаратилган. ОИВ касаллигининг стоматологик курилишлари ва унинг динамикасида антиретровирус терапиянинг сўнги йил-лара қўлланилиши ҳақидаги турли хил тадқиқот натижалари келтирилди. Тақдим этилган маълумотлар шуни кўрсатадики, стоматолог шифокор олдида бундай беморларни олиб бориш учун етарли даражада ОИВ ва ОИТСнинг стоматологик белгиларини ўрганиш ва билиш вазиваси турибди.

УДК:616.314-007:616.742.6/.7-008

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ МИОФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ И ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ



¹Иргашев И.К., ²Махсудов С.Н.

¹Бухарский государственный медицинский институт,

²Ташкентский государственный стоматологический институт

Одним из факторов, приводящих к неправильному формированию зубочелюстной системы (ЗЧС), является нарушение биопотенциалов мышц челюстно-лицевого, глоточного – и торако-цервикального комплекса, обусловленное изменением их электрофизиологической активности. Эти изме-

нения клинически проявляются в виде снижения или повышения нормального тонуса этих мышц (вялое или одностороннее разжевывание пищи, инфантильное глотание, симптом «наперстка» или «ротового дыхания», нарушение сосания и речи, а также осанки). В литературе эти клинические изменения принято называть миофункциональным нарушением ЗЧС [3,7-10,13-15,18,22,24,27,28,67]

или дискоординацией мышечной системы зубочелюстного аппарата [16,17].

Миофункциональные нарушения зубочелюстно-лицевой системы являются ведущим этиологическим фактором возникновения и развития зубочелюстных аномалий [1,21], которые зачастую приводят к функциональным нарушениям носового дыхания [67%], нарушениям глотания [61%] и жевания [58%], проблемам звукопроизношения [45%], а также способствуют нарушению осанки [11,25,63].

Среди этиологических факторов развития зубочелюстных аномалий высокую распространенность имеют вредные привычки, которые сопровождаются функциональными нарушениями мышц зубочелюстно-лицевой системы [1, 3, 14, 21, 29,31,41,43,65]. По некоторым данным [29], почти у 45% детей до 12 лет в анамнезе отмечаются вредные привычки и мышечная дисфункция. По данным В.П. Окушко [14], у детей с вредными привычками дистальный прикус наблюдается в 47%, мезиальный – в 31,7%, правильное смыкание первых постоянных моляров в сочетании с аномалиями положения отдельных передних зубов и их групп – в 21,4% случаев. Автор подчеркивают, что с вредными привычками наиболее часто сочетается сужение зубных рядов, которое имеет место у 78,6% детей, дизокклюзия – у 59,8%. Чем сильнее выражены вредные привычки у ребенка, тем выше риск развития миофункциональных нарушений зубочелюстных аномалий [41].

По данным ряда авторов [1,29], вредная привычка сосать пальцы является одним из факторов развития неправильного глотания. Больше 75–85% детей используют привычки сосания в качестве успокоительного средства. А.Н. Geis, D.H.Piarulle [38] установили, что уровень невротизации у детей с вредными привычками выше, чем у детей контрольной группы.

По данным некоторых исследователей [37,66], у детей, отлученных от грудного вскармливания раньше времени, чаще встречаются привычки сосания. М. Labbok и соавт. [19] считают, что искусственное вскармливание младенцев ведет к появлению привычки сосания языка и ослаблению круговой мышцы рта.

В.П. Окушко [14] предложила следующую классификацию вредных привычек, которые сопровождаются нарушением биопотенциалов мышц зубочелюстно-лицевого и глоточного комплекса:

I. Привычки сосания (зафиксированные двигательные реакции):

- привычка сосания пальцев;
- привычка сосания и прикусывания губ, щек, различных предметов;

– привычка сосания и прикусывания языка.

II. Аномалии функции (зафиксированные неправильно протекающие функции):

- нарушение функции жевания;
- неправильное глотание и привычка давления языком на зубы;
- ротовое дыхание;
- неправильная речевая артикуляция.

III. Зафиксированные позотонические рефлекс, определяющие неправильное положение частей тела в покое:

- неправильная поза тела и нарушение осанки;
- неправильное положение нижней челюсти и языка в покое.

По данным некоторых авторов [32,39,44,49,59], продолжительные сосательные привычки могут привести к аномалиям окклюзии. По мнению E. Gois и соавт. [39], после двухлетнего возраста привычка сосания и ротовое дыхание становятся причиной развития зубочелюстных аномалий. К.В. Седых, В.Д. Куроедова [23] у 65% детей 4–5 лет обнаружили четкую этиологическую связь нарушений прикуса с вредными детскими привычками.

Несмотря на единодушие исследователей, отмечающих взаимосвязь зубочелюстных аномалий и миофункциональных нарушений, распространенность проявлений зубочелюстных аномалий, по их мнению, различна. М.З. Миргазизов, Л.А. Королева, М.М. Заславская [12] приводят данные о том, что зубочелюстные аномалии возникают у 62,2% детей с миофункциональными нарушениями. По данным Ф.А. Шаамухамедовой [31], основную роль при формировании трансверзальных аномалий прикуса играет разница биопотенциалов мышц цервикального комплекса.

По данным Н.Н. Бажанова [4], у 20% детей в возрасте 4–5 лет имеются те или иные вредные привычки. У 75% этих детей обнаружены зубочелюстные аномалии.

Среди детей от 6 до 12 лет привычка сосания пальцев встречается у 10% [51]. L. Baalack, A. Frisk [33] обнаружили эти привычки у 22% 12-летних детей. У детей после 4–6 лет продолжающаяся привычка сосания пальца приводит к серьезным зубоальвеолярным изменениям [36,46]. S. Karjalainen и соавт. [46] и B. Svedmyr [64] выявили статистически достоверную взаимосвязь между привычкой сосания пальцев и развитием вертикальной резцовой дизокклюзии.

По данным С.Р. Kats и соавт. [47], распространенность зубочелюстных аномалий у 4-летних детей с вредными привычками составляет 49,7%, из них у 36,4% наблюдается вертикальная резцовая дизокклюзия, у 12,1% – перекрестная окклюзия, а у 29,7% – дистальная окклюзия.

Е. Larsson и соавт. [53,54] выявили развитие перекрестного прикуса у 26% детей с привычками сосания пальцев или предметов.

По мнению У.Р. Профита [19], сосательные привычки не оказывают длительного воздействия на молочные зубы. Если же такие привычки сохраняются и во время прорезывания постоянных зубов, это может сопровождаться образованием трем между резцами на верхней челюсти, лингвальным расположением нижних резцов, вертикальной резцовой дизокклюзией и сужением верхнего зубного ряда. Характерная для сосания аномалия связана с комбинацией непосредственного давления на зубы и изменения мышечного давления губ и щек в состоянии покоя.

Привычки сосания пальца приводят к дисбалансу жевательной мускулатуры [45], что вызывает нарушение роста челюстных костей при дальнейшем развитии ребенка. У детей, которые сосут палец интенсивно, но с большими перерывами, могут и не сформироваться аномалии окклюзии, в то время как у других, сосущих палец на протяжении 6 часов или более, особенно тех, кто спит с пальцем во рту всю ночь, могут впоследствии сформироваться серьезные аномалии [35,42].

Недоразвитие верхнечелюстной дуги в ширину происходит в результате нарушения баланса давления со стороны щечных мышц и языка. Если между зубами находится большой палец, язык опускается, что снижает его давление на небную сторону верхних боковых зубов [55].

Привычка сосания языка ведет появлению зубочелюстных аномалий, таких как вертикальная резцовая дизокклюзия, дистальная и перекрестная окклюзия, сагиттальная резцовая дизокклюзия [57,58].

При обследовании детей 8–12 лет в общеобразовательной школе в группе детей с вредными привычками распространенность зубочелюстных аномалий составляла 42,8%, у остальных наблюдалась физиологическая окклюзия. Среди детей с зубочелюстными аномалиями было 24,4% с дистальной окклюзией, 2,2% с мезиальной окклюзией, 6,6% с перекрестной окклюзией. При обследовании через полтора года детей с физиологической окклюзией и вредными привычками (сосание губы, ручек и карандашей) у 36% из них выявлена дистальная окклюзия [25].

Если ребенок потребляет только жидкую или полужидкую пищу, то, несмотря на наличие у него зубов, полноценный акт жевания не формируется, и перехода от инфантильного типа глотания к соматическому не происходит [26,57]. При этом если губы и язык сохраняют такой стереотип движений после полутора лет, то это не нормально.

Если инфантильный тип глотания сохраняется и в старшем возрасте, то продолжительное давление на зубы и альвеолярные отростки способствует формированию аномалий челюстей [34,49].

Созревшая или взрослая модель глотания у некоторых детей в норме появляется уже в возрасте 3 лет, у большинства же она формируется полностью к 6 годам и не формируется совсем у 10–15% населения. Задержка в переходе к нормальному глотанию может возникнуть, если ребенок имеет сосательную привычку [6,60,68]. Часто в результате сосательных привычек наблюдается наличие вер-тикальной резцовой дизокклюзии и/или протрузии верхних резцов, при таких аномалиях представляется сложным полное закрытие рта во время глотания для предотвращения выпадения пищи или вытекания жидкости. Если же эта привычка не устраняется, то она становится одним из факторов развития неправильного глотания [5,13,30,40,47–50,61]. По данным R. Pakkala и соавт. [60], привычки сосания, продолжающиеся до 5 лет, приводят к развитию атипичного типа глотания к 6–9 годам, что достоверно коррелирует со сформированными аномалиями окклюзии. Кроме того, привычки сосания, по данным ряда авторов [48], приводят к нарушениям артикуляции и речи.

J. Warren и соавт. [68] выявили, что у 20% детей после 3-х лет сохраняются вредные привычки сосания, кроме того, обнаружено, что чем старше и образованнее мама ребенка, тем более выражены эти привычки. Данные Н.Н. Бажанова [4] подтвердили, что у 20% детей в возрасте 4–5 лет имеются те или иные вредные привычки, у 75% из них обнаружены зубочелюстные аномалии.

Высокий процент неудач ортодонты связывают с несовершенством диагностики функциональных нарушений мышц челюстно-лицевой области. Так, по мнению, В.П. Окушко [15], на возникновение рецидива зубочелюстных аномалий влияет состояние жевательной и мимической мускулатуры. Дисбаланс жевательных и височных мышц можно оценить качественно и количественно при помощи электромиографии (ЭМГ). Однако следует отметить, что таких исследований мало. Различные авторы при изучении биоэлектрической активности мышц челюстно-лицевой области использовали различные электромиографы без их стандартизации, что затрудняет оценку количественных показателей и сравнение результатов лечения. Результаты этих работ неоднородны, разноречивы, отличаются большим разбросом величин биоэлектрической активности мышц в норме и при патологии. Повышение биоэлектрической активности подбородочной мышцы в покое наблюдают иногда у больных с дистальным, мезиальным или

открытым прикусом [27,28,52]. По данным автора, наибольшая амплитуда колебаний биопотенциалов подбородочной мышцы в покое отмечается при наличии между передними зубами сагиттальной или вертикальной щели. Постоянное давление подбородочной мышцы на область апикального базиса зубных рядов способствует ретрузии альвеолярного отростка, изменению формы поперечного сечения подбородка. Биоэлектрическая активность задних пучков височных мышц в покое бывает повышена у больных с дистальным прикусом. Нормальное глотание происходит при смыкании зубов и характеризуется повышением биопотенциалов собственно жевательных и передних пучков височных мышц. При сжатии зубов у больных с дистальным прикусом в ряде случаев отмечается сочетание высокой амплитуды колебаний биопотенциалов собственно жевательных мышц и задних пучков височных мышц. При этом сила сокращения первых воздействует на боковые зубы в косом направлении, а именно вертикально и вперед. Сила сокращения задних пучков височных мышц направлена вверх и назад, что должно уравновешивать силы, развиваемые собственно жевательными мышцами. Высокую электрическую активность передних пучков височных мышц регистрируют при мезиальном прикусе, особенно сочетающемся со смещением нижней челюсти вперед в окклюзии по сравнению с ее положением в покое. После исправления мезиального прикуса биопотенциалы этих мышц нормализуются.

Для детей 7–12 лет с аномалиями прикуса в период смены зубов характерны изменения биоэлектрической активности жевательных мышц правой и левой сторон, что влияет на изменение координации работы жевательных мышц и указывает на изначальное преобладание нагрузки справа. У большинства детей (87%) коэффициент симметрии (КС) при произвольном жевании значительно отличался от КС при сжатии зубных рядов, в результате отсутствия или находящихся в стадии прорезывания боковых групп зубов слева [2].

Сохранение патологических рефлексов после проведенного ортодонтического лечения может стать причиной рецидива зубочелюстных аномалий [56]. Причинами рецидивов зубочелюстных аномалий после ортодонтического лечения у 54% детей явились нарушения миодинамического равновесия, не устраненные в процессе лечения [11,18,28].

Таким образом, анализ взаимосвязи между миодинамическими нарушениями и зубочелюстными аномалиями показал, что изучение состояния

мышц зубочелюстно-лицевой системы у детей в периоде активного роста челюстей может быть полезным для выявления ранних миодинамических факторов возникновения таких аномалий и дает возможность корректно запланировать профилактические меры по их устранению.

Литература

1. Абдуазимов А.Д. Ортодонтия ва болалар учун тиш протезлари. – Тошкент, 2002. – С. 72–75.
2. Айрапетова Я.Г. Применение комбинации съемных механически действующих аппаратов и эластопозиционеров у детей с аномалиями зубных рядов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 27 с.
3. Бирюкова О.П. Влияние функционального состояния мышц челюстно-лицевой области и осанки на формирование у детей 6-12 лет дистальной окклюзии: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 12 с.
4. Бажанов Н.Н. Стоматология: Учеб для мед. вузов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. – С. 277–279.
5. Гаврилов Е.И., Большаков Г.В. Атлас деформаций зубных рядов. – Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 1992. – 96 с.
6. Ильина-Маркосян Л.В. Методы диагностики в ортодонтии. Классификация зубочелюстных аномалий. Диагноз и план лечения: Учеб. пособие. – М., 1976. – 29 с.
7. Иткина С.Ш., Белоусов Ю.Н. Комплексное лечение зубочелюстных аномалий, возникших на фоне миофункциональных нарушений с использованием системы ортодонтической коррекции «Миобрейс» // Стоматология сегодня. – 2006. – № 7. – С. 57.
8. Костур Б.К. Функциональные особенности жевательного аппарата у детей. – Л., 1972. – 194 с.
9. Косырева Т.Ф. Взаимосвязь размеров и положения челюстей с функциональным состоянием мышц челюстно-лицевой области у детей 7–15 лет с дистальным прикусом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – 1990. – 37 с.
10. Кукоба СВ., Степанова СВ. Характеристика биоэлектрической активности жевательных височных мышц и внешнего дыхания у детей с ортогнатическим прикусом // Состояние ортодонтической помощи в СССР и перспективы ее развития. – Полтава, 1990. – С. 44–49.
11. Махсудов С.Н. Клинико-биометрические и рентгенологические показатели ринофарингогенных зубочелюстных аномалий и методы комплексного ортодонтического лечения этих

- аномалий: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2002. – 29 с.
12. Миргазизов М.З., Королева Л.А., Заславская М.М. Вредные привычки у детей и их связь с патологией ЛОР-органов и аномалиями зубочелюстной системы // Вопросы стоматологии. – Кемерово, 1970. – С. 243–250.
 13. Нигматова И.М., Ходжаева З.Р., Нигматов Р.Н. Ранняя профилактика речевых нарушений у детей с использованием миофункционального аппарата // Stomatologiya. – 2018. – № 4 (73). – С. 30–33.
 14. Окушко В.П. Участие глотания в формировании зубочелюстной системы в норме и при патологии. // Вопр. стоматологии и восстановительной хирургии лица. – М., 1965. – С. 427–439.
 15. Окушко В.П. Аномалии зубочелюстной системы, связанные с вредными привычками и их лечение. – М.: Медицина, 1975. – 158 с.
 15. Окушко В.П. Сага о зубах. – Тирасполь: РИО ПГУ, 2003. – 191 с.
 16. Панкратова Н.В. Клинико-морфологическая и функциональная характеристика зубочелюстной системы у детей 7–12 лет с отсутствием смыкания зубных рядов во фронтальном отделе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991. – 24 с.
 17. Персин Л.С. Ортодонтия. Современные методы диагностики зубочелюстно-лицевых аномалий: Руководство для врачей. – М.: Информкнига, 2007. – 248 с.
 18. Персин Л.С., Панкратова Н.В., Куликов Н.С., Ерохина И.Г. Интегрированные показатели электромиограмм мышц челюстно-лицевой области у детей в возрасте 7–12 лет с патологическим прикусом // Актуальные вопросы рентгенологии, физиологии и функциональной диагностики в стоматологии: Тр. ЦНИИС. – М., 1988. – Т. 19. – С. 162–164.
 19. Проффит У.Р. Современная ортодонтия. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – С. 348–351.
 20. Рублева И.А., Слабковская А.Б., Персин Л.С. Изменения психоневрологического статуса у детей с зубочелюстными аномалиями // Рос. стоматол. – 2008. – № 1. – С. 52–55.
 21. Сальковская Е.А. Нарушение смыкания губ и глотания, методы их диагностики и устранения с целью профилактики рецидивов аномалий прикуса: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1981. – 17 с.
 22. Сатыго Е.А. Российский опыт использования преортодонтических трейнеров для коррекции дисфункции глотания и дыхания у детей в сменном прикусе // Стоматология детского
 - возраста и профилактика стоматологических заболеваний. – 2003. – № 1–2. – С. 23–25.
 23. Седых К.В., Куроедова В.Д. Результаты психокоррекции у детей с невротическими привычными действиями // Актуальные вопросы психиатрической практики. – Полтава, 1993. – Вып. 7. – С. 114–118.
 24. Фаррелл К. Коррекция вредных миофункциональных привычек у детей // Стоматол. детского возраста и проф. стоматол. заболеваний. – 2003. – № 1–2. – С. 14–18.
 25. Хорошилкина Ф.Я. Нарушение осанки при аномалиях прикуса. – М.: Ортодент-инфо, 2000. – С. 40–45.
 26. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия: Регулятор функции Френкеля I типа. – М., 2006. – 25 с.
 27. Хорошилкина Ф.Я., Малыгин Ю.М., Агаджанян С.Х. Профилактика зубочелюстных аномалий. – Ереван, 1986. – 261 с.
 28. Хорошилкина Ф.Я., Френкель Р., Демнер Л.М. и др. Диагностика и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий. – М., 1987. – 304 с.
 29. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., Окушко-Калашникова В.П. Ортодонтия. – Кн. IV. – М., 2005. – С. 25–48.
 30. Хорошилкина Ф.Я. Лечение различных нозологических форм зубочелюстно-лицевых аномалий у подростков и взрослых: Руководство по ортопедической стоматологии; Под ред. В.Н. Копейкина. – М.: Медицина, 1993. – С. 74–113.
 31. Шаамухамедова Ф.А. Зубочелюстные аномалии и деформации у детей с врожденной кривошеей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 1999. – 18 с.
 32. Brenner J.E. Dental and psychological aspects // N. Y. State Dent. J. – 1974. – Vol. 40, № 2. – P. 78–80.
 33. Baalack L., Frisk A. Finger sucking in children: study of incidence and occlusal conditions // N. Azrin et al. Habit reversal treatment of thumbsucking. Behavior Research and Therapy. – 1980. – P. 395–399.
 34. Berland T., Seyler A.E. Your children's teeth. – N. Y. Meredith Press, 1968. – P. 395–399.
 35. Burford D., Noar J. The causes, diagnosis and treatment of anterior open bite // Dent. Update. – 2003. – Vol. 30. – P. 235–241.
 36. Christensen A.P., Sanders M.R. Habit reversal and differential reinforcement of other behaviour in the treatment of thumb-sucking: an analysis of generalization and side-effects // J. Child Psychiatr. – 1987. – Vol. 28, № 2. – P. 281–295.
 37. Davis D., Bell P. Infant feeding practices and occlusal outcomes: A longitudinal study //

- J. Canad. Dent. Assoc. – 1991. – Vol. 57, № 7. – P. 593–594.
38. Geis A., Piarulle H. Psychological Aspects of Prolonged Thumbsucking Habits // J. Clin. Orthodont. – 1988. – Vol. 8. – P. 492–495.
 39. Gois E.G. et al. Influence of Nonnutritive Sucking Habits, Breathing K Pattern and Adenoid Size on the Development of Malocclusion // Angle Orthodont. – 2007. – Vol. 78, № 4. – P. 647–654.
 40. Graber T.M., Vanarsdall R.L. Orthodontic Current Principles and Techniques. – Second ed. – St. Louis; Baltimore; Boston; Chicago; London; Madrid; Philadelphia; Sydney; Toronto: Mosby, 1994. – 965 p.
 41. Green S. That little thumb can do an awful amount of damage // Int. J. Orofacial. Myol. – 2003. – Vol. 4. – P. 67–80.
 42. Hawkins A.C. A Constructive Approach to Thumbsucking Habit // J. Clin. Orthodont. – 1978. – Vol. 12. – P. 846–848.
 43. Jacobson A. Thumbsucking: a psychological and dental understanding of the problem // Int. J. Orthodont. – 1963. – Vol. 1, №4. – P. 8–16.
 44. Josell S.D. Habits affecting dental and maxillofacial growth and development // Dent. Clin. North Amer. – 1995. – Vol. 39, № 4. – P. 851–860.
 45. Kapoor D.N., Roy R.K., M. K. Bagchi. Effects of deleterious oral habits on the dento-facial complex // Indian J. Pediatr. – 1970. – Vol. 37, № 3. – P. 102–104.
 46. Karjalainen S. et al. Association between early weaning, non-nutritive sucking habit and occlusal anomalies in 3-year-old Finnish children // Int. J. Pediatr. Dent. – 1999. – Vol. 9. – P. 169–173.
 47. Katz C.R., Rosenblatt A., Gondim P.P. Nonnutritive sucking habits in Brazilian children: effects on deciduous dentition and relationship with facial morphology // Amer. J. Orthodont. Dentofacial. Orthop. – 2004. – Vol. 126, №1. – P. 53–57.
 48. Khinda V., Grewal N. Relationship of tongue-thrust swallowing and anterior open bite with articulation disorders: a clinical study // J. Indian Soc. Pedod. Prev. Dent. – 1999. – Vol. 17, № 2. – P. 33–39.
 49. Klein E. T. Pressure habits, etiological factors in malocclusion // Amer. J. Orthodont. – 1952. – Vol. 8. – P. 569–587.
 50. Labbok M. et al. Does breast-feeding protect against malocclusion? // Amer. J. Prev. Med. – 1987. – Vol. 3, № 4. – P. 227–232.
 51. Lapouse R., Monk N. Fears and worries in a representative sample of children // Amer. J. Orthopsychiatry. – 1959. – Vol. 29. – P. 803–818.
 52. Lichstein K.L. Thumbsucking: a review of dental and psychological variables and their implications for treatment // Catalog of Select. Doc. Psychol. – 1978. – Vol. 35. – P. 365.
 53. Larsson E.F., Dahlin K. The prevalence and the etiology of the initial dummy- and finger-sucking habit // Amer. J. Orthodont. – 1994. – Vol. 8. – P. 161–166.
 54. Larsson E., Lindsten R., Ogaard B. The effect of sucking habits, cohort, sex, intercanine arch widths, and breast or bottle feeding on posterior crossbite in Norwegian and Swedish 3-year-old children // Amer. J. Orthodont. Dentofacial. Orthop. – 1994. – Vol. 106, №2. – P. 161–166.
 55. Littmann J.A. Practical Approach to the Tongue Thrust Problem // J. Clin. Orthodont. – 1968. – Vol. 3. – P. 138–138.
 56. Little R.M., Riedel R.A., Stein A. Mandibular arch length increase during the mixed dentition: postretention evaluation of stability and relapse // Amer. J. Orthodont. Dentofacial. Orthop. – 1990. – Vol. 97. – P. 393–404.
 57. Melsen B., Stensgaard K., Pedersen J. Sucking habits and their influence on swallowing pattern and prevalence of malocclusion // Europ. J. Orthodont. – 1979. – Vol. 1. – P. 271–280.
 58. Moyers R.E. Handbook of orthodontics. – Philadelphia: Year Book Medical Publishers, 1988. – P. 127–140.
 59. Nanda R.S., Khan J., Anand R. Effects of oral habits on the occlusion of preschool children // J. Dent. Child. – 1972. – Vol. 39. – P. 449–452.
 60. Ozturk M., Ozturk O. M. Thumbsucking and falling asleep // Brit. J. Med. Psychol. – 1977. – Vol. 50. – P. 95–103.
 61. Ovsenik M., Farenik F., Korpar M., Verdenik I. Follow-up study of functional and morphological malocclusion trait changes from 3 to 12 years of age // Europ. J. Orthodont. – 2007. – Vol. 29, №5. – P. 523–529.
 62. Pakkala R., Laine T., Narhi M. Associations among different orofacial dysfunctions in 9–11-year-olds // Europ. J. Orthodont. – 1995. – Vol. 17, № 6. – P. 497–503.
 63. Proffit W.R., Fields H.W. Contemporary Orthodontics: Elsevier Imprint: Mosby, 2013. – 5th Ed. – 768 p.
 64. Svedmyr B. Dummy sucking. A study of its prevalence, duration and malocclusion consequences // Swed. Dent. J. – 1979. – Vol. 3. – P. 205–210.
 65. Sheldon G.H. Psychological factors in the etiology of malocclusion // N. Y. State Dent. J. – 1969. – Vol. 35, №5. – P. 277–284.
 66. Victora C.G. et al. Pacifier use and short breastfeeding

ding duration: cause, consequence, or coincidence? // *Pediatr.* – 1994. – Vol. 99. – P. 445–453.

67. Wahl N. Orthodontics in 3 millennia. Chapter 9: functional appliances to midcentury.// *Amer. J. Orthodont. Dentofacial. Orthop.* – 2006. – Vol. 129, №6. – P. 829–833.
68. Warren J.J., Levy S.M., Nowak A.J., Tang S. Non-nutritive sucking behaviors in preschool children: a longitudinal study // *Pediatr Dent.* – 2000. – Vol. 22, №3. – P. 187–191.

Резюме

Проанализировав публикации, посвященные изменениям биопотенциалов мышц челюстно-лицевой области, авторы пришли к выводу, что изучение состояния мышц зубочелюстно-лицевой системы у детей в период активного роста челюсти может быть полезным для выявления ранних миодинамических факторов возникновения зубочелюстных аномалий, а также правильного своевременного планирования профилактических мер по устранению аномалий формирования зубов и челюстей.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область,

аномалии развития, миофункциональные нарушения, профилактика.

Summary

The authors analyzed medical publications related to changes in the biopotentials of the muscles of the maxillofacial region, and came to a common opinion that studying the condition of the muscles of the dentofacial system in children during active growth of the jaw can be useful not only for identifying early myodynamic factors in the occurrence of dentofacial anomalies, but also for the timely proper planning of preventive measures to eliminate abnormalities in the formation of teeth and jaws.

Муаллифлар юз-жағ мушаклари биопотенциалларини ўрганиш борасидаги қатор тиббиёт адабиётларини чуқур таҳлил қилиб, жағ суякларининг фаол ўсиш даврида юз-жағ мушаклари патофункционал ҳолатини динамик тарзда ўрганилиши нафақат болаларда шаклланиб келаётган тиш-жағ аномалияларини эрта аниқлаш, балки, уларнинг олдини олиш ҳамда ўз вақтида бартараф қилиш тадбирларини режалаштириш учун муҳим аҳамиятга эга эканлигини эътироф этишди.

УДК: 616.314-053.2:613

СРОКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ И МИНЕРАЛИЗАЦИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА



Муртазаев С.С., Афакова М.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт,
Бухарский государственный медицинский институт

Возраст прорезывания постоянных зубов является важным показателем для определения физиологического возраста ребенка, который может отличаться от календарного под влиянием условий среды обитания, социальных и других факторов, а также вследствие перенесенных заболеваний [8,9]. Имеются различия в возрасте прорезывания постоянных зубов у детей, проживающих в сельской и городской местности [1,3,11]. Понятия начала и окончания прорезывания приравниваются к возрасту появления первого зуба определенной категории или его присутствия у детей без учета возможной ретенции или адентии [10,13,20].

Существует множество показателей, применяемых различными авторами для характеристики динамики прорезывания зубов. Однако

работы, в которых проведено детальное исследование этого процесса с выведением региональных возрастно-половых стандартов, единицы. Чаще всего приводятся фрагментарные данные по одному-двум критериям [3,12,14]. Формирование тканей постоянных зубов продолжается в течение 5–6 лет с момента прорезывания. В этом периоде постоянным зубам требуется наиболее тщательная защита от агрессивной среды и кариеса. Очень важен профилактический противокариозный эффект препаратов фтора в период минерализации и созревания твердых тканей зубов у детей и подростков [10,11,24].

По данным исследователей, у большинства детей обследованных групп наблюдается несоответствие между количеством прорезавшихся

зубов и возрастом пациента, причем максимальные колебания выявлены среди детей 6 лет: у многих из них постоянных зубов в 2 раза больше возрастной нормы. Полный комплект постоянных зубов встречается, начиная с 9-летнего возраста, причем среди 12-летних детей – только в 31,5% случаев [1].

Некоторые авторы [1,2,16] утверждают, что ведущим звеном в патогенезе кариеса зубов является нарушение динамического равновесия между процессами реминерализации и деминерализации в полости рта, на котором замыкаются происходящие на всех уровнях обменные явления и системы их регуляции. Известно, что частота кариозных поражений моляров в первые годы после их прорезывания возрастает вследствие увеличения фиссурного кариеса, поэтому актуально изучение возможности регуляции процесса созревания эмали фиссур и бугров постоянных зубов у детей с помощью фторидсодержащих зубных паст.

В исследовании принимали участие 300 детей от 5 до 12 лет: 5–7 лет – 150, 9–12 лет – 150. Возрастные группы были подобраны таким образом, чтобы проследить влияние фторидсодержащих паст на созревание эмали зубов и состояние твердых тканей зубов. Доказано благоприятное влияние фторидсодержащей зубной пасты «Бленд-а-мед» на процесс созревания эмали и на состояние твердых тканей постоянных зубов. Полученные результаты еще раз подтвердили, что фторидсодержащие зубные пасты являются надежным средством гигиены полости рта в период роста и развития ребенка. Их назначение позволяет контролировать прирост кариеса зубов у детей в период смены прикуса и оказывать позитивное влияние на процессы созревания твердых тканей постоянных зубов. Сравнительное изучение зубной пасты «Мечта» показало, что не только не происходит минерализации фиссур премоляров, но спустя полтора года и более происходит деминерализация в фиссурах, о чем свидетельствует нарастающее увеличение их электропроводности, что в дальнейшем, несомненно, приведет к кариесу [20].

Проведено определение сроков прорезывания постоянных зубов в раннем сменном прикусе у детей после ранней потери временных резцов верхней челюсти. Обследованы дети младшего школьного возраста 7–8 лет, было выделено три степени прорезывания зубов. Прорезывание первых моляров соответствует стандартным срокам прорезывания в контрольной группе и в группе с профилактическим протезированием, отстает от такового в группе, в которой протезирование не проводилось. У детей без профилактического протезирования наблюдается более позднее прорезывание центральных и боковых резцов. Боковые

резцы нижней челюсти у детей после раннего удаления резцов верхней челюсти прорезываются раньше, чем при физиологической смене [6,7].

По данным Т.Ф. Виноградовой, у человека происходит одна смена зубов, в ходе которой молочный (временный) прикус сменяется постоянным. Состав и функции молочного и постоянного прикусов принципиально не различаются. Разница состоит в числе зубов и их размерах. Число молочных зубов – 20 (8 резцов, 4 клыка и 8 моляров), постоянных (с учетом третьих моляров – «зубов мудрости») – 32. Третьи моляры из-за недостатка места в челюсти часто прорезываются вне дуги, имеют аномальную форму, а могут не прорезаться, оставаясь в челюсти. Иногда их зачатки отсутствуют [10].

Некоторые авторы [15] подтверждают, что распространенность фиссурного кариеса зубов среди детей школьного возраста остается высокой. Архитектоника жевательных поверхностей премоляров и моляров имеет сложное строение, поэтому диагностика фиссурного кариеса представляет трудную задачу. Разработанное устройство для диагностики фиссурного кариеса расширяет возможности диагностического аспекта, в частности объективной оценки состояния эмали в фиссурах зубов. Разработанное светодиодное устройство позволяет реализовать неинвазивный способ лечения начальной формы фиссурного кариеса, а также провести курс профилактических мероприятий.

Согласно современным данным [6], сроки прорезывания постоянных зубов у современных детей имеют значительные колебания. Причинами нарушения сроков прорезывания могут быть общие и местные факторы. Авторы определяли сроки прорезывания постоянных зубов в раннем сменном прикусе у детей города Екатеринбурга на основании профилактических осмотров. Выявлены некоторые расхождения со стандартными сроками прорезывания зубов, что свидетельствует о необходимости их определения для каждого региона. Имеются отличительные особенности и половые различия в прорезывании постоянных зубов. У девочек наблюдается более раннее прорезывание постоянных зубов, чем у мальчиков. У всех детей имело место асимметричное прорезывание верхних резцов. Наблюдение за прорезыванием постоянных зубов и формированием окклюзии – важный аспект в работе детского стоматолога. Результаты этого исследования могут представлять интерес для детских стоматологов и врачей-ортодонтов.

Авторы [1,17] проанализировали стоматологическую заболеваемость в клинически однородных группах детей при длительном осуществлении программы профилактики (ПП) в условиях школь-

ного стоматологического кабинета, которая использовалась на протяжении 5 лет у учащихся двух школ Москвы. Лечебно-профилактические мероприятия проводились с участием гигиениста стоматологического. Наблюдения показали, что планомерное проведение лечебно-профилактических мероприятий в условиях школьного стоматологического кабинета с самого начала пребывания ребенка в школе позволяет снизить прирост интенсивности кариеса на 46–53% и стабилизировать распространенность наиболее тяжелых проявлений кариозного процесса. Вместе с тем, анализ результатов на индивидуальном уровне в 17–21% случаев свидетельствует о неоднородности полученных результатов при одинаковых условиях осуществления программы. Перспективную значимость в этой связи приобретают ранняя диагностика и лечение начальных форм кариеса в виде очаговой деминерализации, особенно у детей, склонных к интенсивному развитию кариозного процесса. Оптимизация деятельности детского стоматолога и гигиениста стоматологического в условиях школьного стоматологического кабинета – необходимое условие повышения эффективности профилактики кариеса [1].

Ученые г. Волгограда [18] изучили особенности прорезывания постоянных зубов у школьников (7–17 лет) Волгоградской области. Полученные данные сравнивали с динамикой антропометрических показателей (рост, масса тела) с учетом гендерных различий, анализ различий показателя «прорезывание постоянных зубов» в различных регионах страны (по данным литературы). Показаны различия в сроках и темпах прорезывания постоянных зубов в сравнении с аналогичными показателями в других регионах, отличающихся по климатическим, социально-экономическим, этническим и экологическим условиям. Установлена связь сроков прорезывания зубов с динамикой соматометрических показателей. Обоснована необходимость разработки региональных стандартов прорезывания постоянных зубов, использования этого показателя при оценке физического развития школьников. В региональные стандарты физического развития детей и подростков необходимо включать стандарты прорезывания постоянных зубов. Возможно, при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних необходимо указывать не только формулу полового развития ребенка, но и сроки прорезывания постоянных зубов. В связи с различиями показателей прорезывания зубов в различных регионах страны, обусловленных, возможно, климатогеографическими, социально-экономическими, этническими и экологическими

факторами, необходимы разработка стандартов и дальнейшее изучение особенностей процесса прорезывания для каждого из регионов [4,18].

Согласно результатам исследования [7], при ранней потере верхних временных резцов, ротовом дыхании и сужении верхней челюсти, показано использование аппарата с винтом по средней линии и искусственными зубами. Для профилактики ретенции зубов необходимо своевременное скрининговое исследование – анализ ортопантомограмм у детей с 6 лет (в периоде раннего сменного прикуса), что позволит диагностировать отклонения в развитии зубочелюстной системы и своевременно начать лечение [3].

Как утверждают эпидемиологические исследования российских авторов [12], несмотря на внедрение новых материалов и технологий в стоматологическую практику, не удастся снизить уровень стоматологической заболеваемости у детей. Данные исследований демонстрируют высокие показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей (у 6-летних – 22%, у 12-летних – 78%, у 15-летних – 88%). Кроме того, более 85% населения России проживают в условиях дефицита фтора в источниках водоснабжения [1]. Несмотря на определенные успехи стоматологии, в последние годы наблюдается ухудшение показателей стоматологического здоровья детей, увеличивается количество осложнений кариеса, преждевременно удаленных постоянных зубов, растет нуждаемость детей в ортопедической и ортодонтической помощи [2,7,11,13,18]. У детей 8-10 лет первое место по поражаемости кариесом занимают первые постоянные моляры, при этом в 75% кариозные полости локализуются в фиссурах [11,20]. По инициативе мировых лидеров в области стоматологии и общественного здравоохранения в 2011 году началась всемирная кампания «Альянс за будущее без кариеса» (Aliens for Cavity-Free Future – ACFF). К 2015 году 90% Стоматологических ассоциаций и университетов обязаны были принять новый подход «Кариес как непрерывно развивающееся заболевание» и способствовать его продвижению с целью усиления контроля кариеса и улучшения его профилактики. Региональные члены «Альянса за будущее без кариеса» к 2020 году должны провести интеграцию комплекса мер, которые отвечали бы местным условиям по улучшению профилактики кариеса, а также реализовать на практике развитую систему менеджмента и мониторинга на локальном уровне. Все дети, рожденные после 2025 года, должны иметь здоровые, без кариеса зубы в течение всей своей жизни [2].

Кариес зубов – самое распространенное хроническое заболевание среди детского населения. Особое место в структуре данной патологии занимает кариес молочных зубов [15,20].

Экспертами Американского национального института здоровья в 2008 году было предложено новое определение раннего детского кариеса (РДК), характеризующее наличие одного или более кариозного дефекта (полостного или бесполостного), удаленного (по поводу осложнений кариеса) или запломбированного временного зуба у ребенка в возрасте до 72 месяцев (AAPD, 2008).

Несмотря на повышение качества и расширение объема профилактических и лечебных мероприятий, уровень интенсивности и тяжести кариеса молочных зубов в Пермском крае, в частности, остается на очень высоком уровне [14].

По данным Е.В. Попова [19], незавершенный процесс минерализации твердых тканей постоянных зубов в этом возрасте является фактором повышенного риска возникновения кариеса. Развитие и течение кариеса в значительной степени определяется соотношением процессов де- и реминерализации поверхностного слоя эмали. Направленное использование эффекта реминерализации для повышения резистентности зубных тканей является одним из самых перспективных путей профилактики кариеса в период прорезывания зубов. Направление реминерализующей терапии и профилактики кариеса зубов хорошо обосновано и базируется на четких научных фактах, положениях и доказательствах [2,5].

Фтористая интоксикация вызывает нарушение минерализации эмали и при избыточном поступлении фторидов совпадает с периодом закладки и развития зачатка зубов. При флюорозе нарушается светопреломление эмали, что приводит к своеобразным специфическим изменениям внешнего вида коронки зуба. Диапазон клинических проявлений флюороза значителен, широк и многообразен: от слабовыраженной штриховой формы до темно-коричневых пигментных пятен, расположенных преимущественно на первых постоянных молярах и центральных верхних резцах, эрозий и участков деструкций эмали [6,14,19].

Согласно исследованиям [21], сроки формирования молочного прикуса у детей в разных странах также имеют отличительные особенности. Если возраст прорезывания молочных зубов у ребенка значительно отличается от средних сроков прорезывания, принятых для данной популяции, это считается поздним или преждевременным прорезыванием. Чаще

наблюдается позднее прорезывание. Причиной такого положения могут быть преждевременные роды, меньшая длина и масса тела, недостаточное питание, генетические нарушения, системные заболевания и локальные факторы. Преждевременное прорезывание молочных зубов может быть связано также с курением матери во время беременности, низкой физической активностью матери до беременности, социально-экономическим положением матери и некоторыми генетическими нарушениями в развитии ребенка [21,23].

Результаты исследований [11] показывают, что сроки прорезывания постоянных зубов при физиологическом развитии ребенка совпадают со сроками полной резорбции корней временных зубов. Эти процессы связаны с ростом и развитием зубочелюстного аппарата человека. Сведения о возрастных особенностях прорезывания постоянных зубов позволяют судить об общем уровне физического развития и состоянии здоровья детского организма. Таким образом, изучение возрастнo-половых и региональных особенностей прорезывания постоянных зубов показало сравнительно раннее формирование постоянного прикуса у детей г. Красноярска и опережение в сроках прорезывания постоянных зубов у девочек. Данные обстоятельства необходимо учитывать при определении биологической зрелости и общего развития ребенка для разработки возрастных критериев обоснования целесообразности профилактического зубного протезирования при раннем удалении временных зубов, а также при планировании и реализации схем и мероприятий существенных программ профилактики основных стоматологических заболеваний среди детского населения [11,22].

Таким образом, авторы рассматривают сроки прорезывания постоянных зубов у детей как важный фактор общего здоровья наравне с другими показателями. Все исследователи считают, что важно иметь показатели срока прорезывания постоянных зубов у детей в каждом конкретном регионе.

Литература

1. Аврамова О.Г., Кулаженко Т.В., Габитова К.Ф. Физико-химические параметры ротовой жидкости у детей, использующих фторидсодержащие зубные пасты // Стоматол. детского возраста и проф.. – 2016. – № 2. – С. 34–36.
2. Аврамова О.Г., Заборская А.Р., Скрипкина Г.И., Хорова Т.Н. Регуляция процесса созревания эмали постоянных зубов при использовании фторидсодержащих зубных паст // Стоматол. детского возраста и проф. – 2015. – № 1. – С. 54–57.

3. Алешина Е.О. Ранняя клинико-лабораторная диагностика и профилактика очагов деминерализации твердых тканей зуба у детей с общесоматической патологией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2017. – 24 с.
4. Ахрорходжаев Н.Ш., Муртазаев С.С., Диникулов Ж.А. Эколого-географические аспекты стоматологических заболеваний детей и пути их профилактики // Вестн. ТМА. – 2018. – № 4. – С. 16–20.
5. Ахрорходжаев Н.Ш., Муртазаев С.С., Диникулов Ж.А. Ранний детский кариес, состояние проблемы и поиск путей ее решения // Мед. журн. Узбекистан. – 2019. – №3. – С. 95–97.
6. Бимбас Е.С., Сайпеева М.М., Шишмарева А. Сроки прорезывания постоянных зубов у детей младшего школьного возраста // Пробл. стоматол. – 2016. – Т. 12, № 2. – С. 111–115.
7. Бимбас Е.С., Шишмарева А.С., Хайдаршина Н.Д. Сроки прорезывания постоянных зубов у детей после раннего удаления временных резцов верхней челюсти // Стоматол. детского возраста и проф. – 2017. – № 3. – С. 29–33.
8. Бимбас Е.С., Шишмарева А.С., Мельникова М.А. и др. Сочетание факторов – ранняя потеря верхних временных резцов и ротовое дыхание – в формировании ретенции постоянных резцов. Клинический случай // Actual dentistry. – 2018. – Vol. 14, № 3. – С. 73–78.
9. Богомолова С.С. Особенности клиники и современные подходы к лечению кариеса дентина постоянных зубов у детей, проживающих в очаге эндемического флюороза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 23 с.
10. Виноградова Т.Ф. Актуальная тема // Мед. сестра. – 2015. – № 5. – С. 11–16.
11. Галонский В.Г., Радкевич А.А., Тарасова Н.В. и др. Региональные особенности сроков прорезывания // Сибирский мед. журн. – 2012. – Т. 27, № 2. – С. 162–165.
12. Гюева Ю.А., Порохина Е.В., Янушевич С.О., Масалина М.Б. // Современные аспекты профилактики стоматологических заболеваний: Материалы 6-й Всерос. конф. – 2014. – № 4. – С. 27–28.
13. Заборская А.Р. Влияние профилактических мероприятий на созревание эмали зубов у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2017. – 25 с.
14. Латышевская Н.И., Михальченко В.Ф., Яцышена Т.Л. и др. // Науч.-практ. журн. Якутского науч. центра комплексных мед. пробл. – 2019. – С. 58–61.
15. Миронова В.В., Горячева В.В., Покручина Т.А., Залалдинова В.К. // Ульяновский мед.-биол. журн. – 2011. – №4. – С. 54–59.
16. Муртазаев С.С., Диникулов Ж.А. Эффективность и безопасность концентрации фторида при профилактике кариеса зубов у детей // Вестн. ТМА. – 2017. – № 3. – С. 23–26.
17. Муртазаев С.С., Ахрорходжаев Н.Ш. Особенности профилактики и лечения кариеса зубов у детей раннего возраста // Stomatologiya. – 2019. – № 2. – С. 88–92.
18. Панфилов П.Е., Кабанова А.В., Иванов Ю.П. Особенности минерализации дентина в интактных постоянных зубах у детей // Стоматол. детского возраста и проф. – 2018. – Т. 18, № 5 (68). – С. 6–10.
19. Попова Е.В. Повышение эффективности реминерализующей профилактики кариеса зубов у детей 6–7 летнего возраста с различной степенью активности кариозного процесса: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 2010. – 23 с.
20. Шевцова Ю.В. Ранний детский кариес. Лечебно-профилактические методы коррекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2015. – 25 с.
21. Шилова Н., Берзиня С., Бринкмане А. и др. Сроки и последовательность прорезывания молочных зубов и влияющие на них факторы // Вестн. Московского ун-та. – Сер. 23. Антропология. – 2017. – № 4. – С. 75–83.
22. Bindayel N.A. Clinical evaluation of short term space variation following premature loss of primary second molar, at early permanent dentition stage // Saudi Dental. J. – 2019. – Vol. 31, № 3. – С. 311–315.
23. Do L.G., Miller J., Phelan C. et al. Dental caries and fluorosis experience of 8-12-year-old children by early-life exposure to fluoride // Com. Dent. Oral Epidemiol. – 2014. – Vol. 42, № 6. – С. 553–562.
24. Prabakar J., John J., Srisakthi D. Prevalence of dental caries and treatment needs among school going children of Chandigarh // Indian J. Dent. Res. – 2016. – Vol. 27, № 5. – С. 547–552.

Резюме

Проанализированы данные литературы, характеризующие процессы прорезывания и минерализации постоянных зубов у детей в разных регионах. Обсуждаются предложения по созданию единых стандартов для конкретных регионов. Но только при приведении к единому стандарту исследований процесса прорезывания зубов увеличится практическая ценность исследований, появится возможность полноценного сравнения

данных, полученных разными авторами, в различных регионах и в разные годы. Важное значение имеет определение возраста для проведения профилактических мероприятий применительно к различным категориям зубов в различных половых группах детей в разных условиях окружающей среды.

Ключевые слова: дети, постоянные зубы, динамика, сроки прорезывания зубов.

Summary

The review of the literature presents the authors' articles describing the processes of eruption and

mineralization of permanent teeth in children in different regions. Proposals for creating common standards for specific regions are discussed. But only by bringing the teething process to a common standard will the practical value of research increase, and it will be possible to fully compare the data obtained by different authors in different regions and in different years. It is important to determine the age for preventive measures in relation to different categories of teeth in different sex groups of children in different environmental conditions

Key words: children, permanent teeth, dynamics, terms teeth eruption.

УДК 616.31:614.254.1

JAW FRACTURE. DIAGNOSTICS AND TREATMENT



Kholiqov A. A., Yuldashev A. A., Fattayeva D. R., Olimjonov K. A.
Tashkent state dental institute

The lower jaw is the only cartilaginous bone involved in the chewing of the facial skeleton. Fracture of the lower jaw, this is a violation of the integrity of the lower jaw as a result of various influences. As a result of a factor that strongly affects the lower jaw, that is, the degree of violation of the integrity of bone tissue, bone integrity is impaired, the lower jaw is observed [12-35]. Facial skeletal bone fractures account for 3% of all body skeletal fractures. The skull, face-jaw is the lower jaw, accounting for 80% of the bone cavities [36-57]. Fractures of the lower jaw face-jaw bone fractures 79.6% accounting for E. A. Alexandrova, M. A. Livi and accounting for 70.0% of E. I. Kyasper, according to M. V. Kostileva, it accounts for 61.2%. [7,8,9]. Vernadsky Yu. I., 1973, Zausaev V. I., 1981, Kabakov B. D., Malyshev V. A., 1981, Robustova T. G., Starodobtsev B. C., 1990; Timofeev A. A., 1991 according to the opinion of the 17 Lars, facial skeletal fractures of the lower jaw constitute 60-90% of the fracture of the bones and again 76% of patients with lower jaw fractures, as is known, constitute 17-40 year old patients [8, 9, 10].

Filippov C. B. and authors 1998, Bezrukov V. M., Lore T. M., 2000, Charles S. V. et al., 1998, Wong K. N. 2000, Boole J. R. et al., 2001, Guerrissi J. O. 2001, in the opinion of the Lars, 70-85% of facial jaw

musculoskeletal injuries are caused by fractures of the lower jaw [47].

V. M. Bernadsky, T. G. Robustova according to 2002 year, fractures of the lower jaw face-jaw bone accounts for 70-80% of fractures [1-9].

According to the literature presented below, fractures of the lower jaw make up 77-90% of facial skeletal injuries [1-9]. Degree of fracture in the lower jaw according to the location of the fracture line. Lore T. M., 1975 according to the data of 4,9% in the dexan (jaw) socket, the pile of the lower jaw in the tooth socket-12,9%, the premolars of the lower jaw in the tooth socket-11,8%, the lower jaw in the socket -37,4 %, total 67% in the lower jaw socket, while the fracture of the lower jaw in 33%, in the lower jaw [47].

Classification of lower jaw:

1. To according to the attitude towards the spread of tissues: a. Open fracture; b. Closed fracture

2. According to the case of varnishes and the reaction of the pieces to each other: a. non displaced fracture; b. displaced fracture.

3. According to the location of the fracture line: a. Fracture of the lower jaw joint (processus condylaris); b. Fracture of the lower jaw joint. (processus coronoideus); c. Fracture of the lower jaw, corner sockets; d. Fracture of the lower jaw, vascular

overgrowth; e. From the lower jaw bone; f. Complex (breaking together in several parts at the same time)

4. By the type of broken pieces: a. The location of the fragments on both sides of the fracture line in the whole case; b. Break into pieces (cut into several pieces).

5. According to the spread of the fracture line: a. One-sided fracture, 44% [47]; b. Double fracture, 49% [47]; c. Fracture from one place; d. A few displaced fracture.

Etiology:

The origin of fractures of the lower jaw is due to caries, osteomyelitis of the jaw, jaws and jawbone. There are several types of causes, namely, according to the types of causes that damage the lower jaw.

1. As a result of auto accidents.
2. As a result of household (various pitfalls encountered in marriage).
3. During sports training.
4. Injuries resulted from fire-arms (now in rare cases).

5. Pathological fracture: a bone integrity disorder that occurs in places where the bone has changed pathologically.

The occurrence of lower jaws after injuries is a common occurrence (fighting, falling from a height, in most cases, alcohol occurs in cases of intoxication) -48.9%. Transport injuries due to lower jaw-20.5%. Manufacturers tear injuries -15.2%. Injuries during sports-10.3%. Lower jaw as a result of injury from guns-5%. Iatrogenic (at the time of medical treatment) accounted for 0.1%. [10]

Pathogenesis:

Lower jaw fractures can be broken from two or more places along the bone (weak lines), depending on the non-shock points of the bone tissue. Lower jaw pathological fracture, this is the tumor tissue of the bone, the damaged part of chronic osteomyelitis, fibrosis ostitis, cyst, where bone cortical plate is thin and not resistant to the impact.

Clinic:

When the lower jaw, the patient complains mainly of pain in the area of the fracture, pain and limitation of the opening of the mouth, if there is an open fracture of the lower jaw, that is, a violation of the integrity of the surrounding tissues, or if there are cases of fracture from the patient complains of tooth decay, swelling of surrounding tissues. In the case of injuries of the lower alveolar- mental nerves in the lower jaw of the patient there is a decrease or violation of sensitivity in the same places. In the case of fractures of the lower jaw located on joint, patient complains of swelling, pain, complete opening of the mouth at the are of parotid area. Patients with the lower jaw displaced fractures deformation is observed. Their complains of a incorrect

pronunciation, an increase in salivation. Patients with a fracture of the lower jaw-vascular tumor complain of a violation of articulation.

Methods of verification:

- 1) General 2) Local

1. General inspection methods

It is checked for the functioning of the cardiovascular system, respiratory system, the system of internal organs the system of the organs of Base Movement. It is necessary to pay specially attention to the activity of the nervous system. A general and biochemical blood test, the level of blood loss, a general urine test is performed. General condition of the patient: consciousness or unconscious.

- a. Good. b. Average weight v. Heavy

2. Local case study methods.

When patients have been seen from the outside, the skin of the lower jaw fractured area is reddened, swollen, swelling, cases of skin bruising are noted in the case of subcutaneous hematoma.

In palpation, the patient feels strong pain in the affected area. This case will give us an example of a comparative diagnosis of postoperative edema and inflammatory infiltration (degree of stiffness and soreness of the tumor sac). Mental area the outer surface of the lower jaw cornea and the lower edges of the angular cornea are checked for the symptom of pressure. Mobility observed in the teeth located in the damaged area. In the damaged area, there are a number of changes in the mucous membrane of the mouth (redness, swelling, blood flow under the mucous membrane, violation of the integrity of the mucous membrane).

Percussion accompanied by pain in the teeth located in the broken fragments, the output of a hollow percutaneous sound. Case of hypoesthesia or anesthesia, a decrease in sensitivity to the action of a nerve fiber injury through an injection needle, is observed in tissues. By exploring, it is possible to determine the depth of the damaged part.

Additional verification methods

X-ray, Ortodontomography, Computer tomography.

X-ray examination methods have their own characteristics and requirements, from which an X-ray examination allows to determine the presence of a fracture in the body, angle parts and ramus of the lower jaw. At the Fas and side x-ray rates, it is sometimes possible to know the fracture line little or no. In the examination of the orthopantomogramm, differ from x-ray, it is possible to determine the condition of the fracture in the lower jaw joint, coronal parts of the ramus [41- 46, 48- 52]. In a computed tomography examination, it allows to determine the location of the head of the broken joint from the lower jaw, the location of the head of the broken joint, that is, from

the lateral or medial side, thereby accelerating the time of treatment. Again in the method of Computer Tomography, the patient can obtain information of the brain from the head, which is a favorable opportunity for treatment.

Treatment.

Treatment of lower jaws is carried out by applying general and local therapy.

1. Local treatment-this is the treatment of broken part. Local treatment of fracture foci is carried out by orthopedic (conservative) and surgical means. To the method of orthopedic treatment, the lower jaw is performed by inserting a tire. With this we achieve reposition, fixation, immobilization of broken pieces. If the tooth is located on the fracture line, the same dental caries can not be restored as a result of its anatomical and functional condition, it is still performed before the procedure of tooth extraction. Tigershted tire it is widely and massively used in the lower jaw. Swelling is carried out by laying aluminum wires on the upper and lower jaws of the upper part of the teeth. In case of a linear fracture of the alveolar bone is carried out to put the tire scuba (the same as the composition of the loops as the tire scuba Tigershted tire aluminum). Putting on tires has a number of specific disadvantages. Of these, a violation of the order of proper nutrition in patients(which in turn leads to a violation of the metabolism of the organism, a slowing of the regeneration process in the cartilaginous bone tissue), a violation of pronunciation, a violation of the oral cavity at the time of laying the Shin in patients, as a result of which secondary diseases of the by choosing a modern method of treatment and Prevention of lower jaw without putting on tires , preventing the above cases, the implementation of fixation of broken pieces with the help of titanium-containing micro-screw and miniplates was launched. [37, 38, 39, 40]

Tires hints information.

S.S.Tigershted tire 1915 year Russian dentist it is called by name because it is proposed by Tigershted. The preparation of the tire takes less time and cheaper material. Along with this, it was observed that in the oral cavity of the tigershtedt tire occurs galvanization.

Vasiliev standard tires are made of metal, ready-made tires, in cases where there is a supply, the time of making tires is saved, tires are made of thin metal, the tire loops are distinguished by damage to the mucous membrane of the oral cavity.

A.A.Limberg ring tires, the cart is prepared individually in the for a single broken piece, the length of the preparation time, requires a lot of material spending costs.

A.A.Limberg plate tires. Only for Toothless Jaws, a spoon is prepared for individual mold removal in the especially , a mold is obtained from specially of one

piece and the upper jaw, a tire is prepared according to the mold. The length of time varies, the course is constant and the inability to prepare in all clinics.

In cases where it is not possible to put a tooth on the jaw, a tire without it, in cases where it is not possible to achieve the reposition of fragments through orthopedic treatment, a surgical method of treatment is used, that is, osteosynthesis carried out. Osteosynthesis carried out by the use of titanium or tantalum-containing bone sutures, Kirshners stick, titanium-containing micro-screw and mini-plates in the implementation of the operation.

C. Ipsen first successfully performed fixation of broken fragments with the help of metal stick in 1933 year in the treatment of lower jaw, calling this method transfocal fixation or transfixation. [11]

In 1942, US scientists J.B.Brown and F.M.Dowell introduced the method of treating the lower jaw with the help of a special electrodel, fixing the broken pieces by inserting a metal stick through a closed pathway. [11]

Treatment of lower jaw surgery with oat and in combination with medicated therapy is carried out both.

1.Anti-inflammatory

2.Antibacterial

3.Symptomatic

4. In case of detection of attendant diseases, treatment prescribed by additional specialists is carried out.

In conclusion, we can say that modern methods of treatment have been developed and are being used, despite the development of medicine, so far, in the lower jaw fractures have been observed defects in the bone, which subsequently lead to deformation of the face-jaw joint. The main purpose of our treatment method is to improve the treatment of lower jaw with the use of bone materials in addition to the modern methods listed above.

Key words: lower jaw fractures, micro-screw, mini-plates, osteosyntes.

References

1. Анализ причин и характера повреждений при травме нижней челюсти // А. Н. Пудов, Е. А. Спиридонова, А. Ю. Дробышев, И. Г. Бобринская // Вестник интенсивной терапии. – 2011. – № 3. – С. 41–43.
2. Афанасьев В. В. Травматология челюстно-лицевой области // В. В. Афанасьев – М., 2010. – С. 9 -12.
3. Вернадский Ю. И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области // Мед.лит-па, 2006. С– 456.
4. Гук В. А. Переломы нижней челюсти у людей старших возрастных групп // В. А. Гук // 17-я Междунар. конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов // Новые технологии в стоматологии // . – СПб., 2012. – С. 53.
5. Лепилин А. В. Оптимизация лечения больных с переломами нижней челюсти в сочетании с воспали-

тельными заболеваниями пародонта // А. В. Лепилин, Н. Л. Ерокина // Дентал Юг. – 2008. – № 10 (59). – С. 28–32.

6. Малышев В. А., Кабаков Б. Д. Переломы челюстей // В. А. Малышев, Б. Д. Кабаков – СПб.: Спец. лит., – 2005. – 224 с.

7. Особенности проявления вегетативных реакций у больных с переломами нижней челюсти // А. В. Лепилин, Н. Л. Ерокина, О. В. Прокофьева, Г. Р. Бахтеева, Т. В. Рогатина, О. В. Жилкина // Российский стоматологический журнал. – 2011. – № 5. – С. 25–27.

8. Рединова Т. Л. Влияние шин на состояние твердых тканей зубов и пародонт у больных с переломами челюстей // Т. Л. Рединова, С. Н. Колесников // Стоматология. – 1998. – № 1. – С. 42–44.

9. Тимофеев А. А. Основы челюстно-лицевой хирургии // М.: МИА, 2007. – С. 696.

10. Дробышев А.Ю., Малый А.Ю., Митерев А.А., Бирюлев А.А., Меликов Э.А., Гзюнова Ю.А., Ругина И.А., Кечерукова Д.Н. МГМСУ им. А.И.Евдокимова 2016. – С. 796.

11. Проблемы остеосинтеза отломков нижней челюсти внутрикостными фиксаторами // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1.; <http://www.science-education>.

12. Гани Ибрагим Абдель Гани Аль Авамлех. Лечение переломов мышечкового отростка нижней челюсти с применением устройства нашей конструкции: Автореф.дис. ... канд. Мед. наук: 14.00.21 // Абдель Гани Ибрагим Абдель Гани Аль Авамлех.-Донецк, 2005. С – 29.

13. Агапов В. С. Травматические повреждения мышечкового отростка нижней челюсти и пути решения восстановления функции // В.С.Агапов, А.Ю.Дробышев, О.Ф.Гусев // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов. М, 2001– С. 143–144.

14. Александров Н.М. Травмы челюстно-лицевой области // Н.М.Александров, З.П.Аржанцев. – М.: Медицина, 1986. – С. 447.

15. Артюшкевич А.С. Лечение переломов нижней челюсти с позиций анатомии и биомеханики // А.С.Артюшкевич, О.Н.Катарнэ // Современная стоматология. – Минск – №3. – 2001. – С.38–41.

16. Безруков В.М. Амбулаторная хирургическая стоматология // - М.: МИА, – 2004. – С.108

17. Бернадский Ю. И.// Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Здоровье, 1985 – С. 390.

18. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области // Ю.И.Бернадский. – М.: Мед. лит., 1999. – С. 444.

19. Буцан С.Б. Оптимизация диагностики и оперативного лечения переломов мышечкового отростка нижней челюсти. // Дисс.. канд. мед. наук. – Москва, 2005. С.129.

20. Васильев А.В. Алгоритм лечения больных с переломами мышечкового отростка // Клиническая имплантология и стоматология. – 2001. – № 4–5. – С.95–97.

21. Вязьмитина А.В.Хирургическая стоматология:

Практикум // Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. – С.325.

22. Горбонс И.А. Осложнения при остеосинтезе переломов нижней челюсти и их профилактика: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 // И.А.Горбонс. – Новосибирск, 2007.– С.22.

23. Гук А.С. Клиническое течение и лечение переломов нижней челюсти у пациентов пожилого и старческого возраста // А.С. Гук, А.Е.Авдеев, С.А.Епифанов и др. // Мат. X международной конференции челюстно-лицевых хирургов стоматологов.– СПб.: 2005.– С.42–43.

24. Ешиев А.М. Челюстно-лицевая хирургия (инновационные методы, технологии, материалы).-Бишкек, 2011.– С.300.

25. Касымбеков М.А. Оптимизация методов остеосинтеза при переломах нижней челюсти фиксаторами из никелида титана // автореф.дис.канд. мед. наук: 14.00.21 // М.А.Касымбеков.- Новосибирск, 2005. – С.22.

26. Козлов, В.А. Лечение переломов мышечкового отростка нижней челюсти: Учеб. пособие // В.А.Козлов, А.В.Васильев, М.Г.Семенов. СПб.: СПбМАПО, 2000.–С. 33.

27. Кудрявцева О.А. Особенности диагностики и лечения больных с зубочелюстными аномалиями, осложненными заболеваниями височно- нижнечелюстных суставов: автореф.дис.канд.мед.наук: 14.00.21 // Кудрявцева Ольга Анатольевна. – СПб, 2010. – С.17

28. Ляшев Н.Н. Эндопротезирование височно-нижнечелюстного сустава клинко-рентгенологическое исследование) // Дисс.. канд. мед. наук. – М., 2002. – С.117.

29. Малышев В.А. Переломы челюстей // – СПб: Спец.Лит. – 2005 – С.224 30. Матрос-Таранец Н.Н. Результаты хирургического лечения переломов мышечкового отростка нижней челюсти с применением набора титановых минипластин. // Н.Н.Матрос-Таранец Д.К.Калиновский, А.И.Альавамлех, М.Ю.Павленко // Современная стоматология. Киев – 2004 – № 2–96 – С. 100.

31. Мингазов Г.Г. Лечение больных с переломами мышечкового отростка нижней челюсти /Г. Г.Мингазов, И.С.Танеев, А.М.Сулейманов // Труды VII Всероссийского съезда стоматологов; Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции. – М., 2001. С. 202–203.

32. Панкратов А.С. Стандартизованный алгоритм хирургического лечения переломов нижней челюсти // А.С.Панкратов, Т.Г.Робустова // Материалы X международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов (24–26 мая 2005 г.) – СПб, 2005. – С. 133–135.

33. Поленичкин В.К. Реабилитация больных с травмой, дефектами и деформациями костей лица устройствами с памятью формы // Мат. науч. форум с международным участием: «Стоматология на пороге третьего тысячелетия». – М.: 2001. – С. 438–439.

34. Семенников В. И. Анализ лечения переломов нижней челюсти // Мат. VII Всероссийского научного форума с международным участием «Стоматология 2005». – М.: 2005. – С. 233–234.

35. Слесарев О.В., Н.Ф.Поляруш. Прицельная линейная томография височно-нижнечелюстного сустава // Маэстро стоматологии. – 2002. № 6. – С. 39–44.
 36. Сысолятин С.П. Способ лечения переломов мышечного отростка нижней челюсти со смещением и вывихом головки под основание черепа у детей с использованием эндоскопической техники // Эндоскопические технологии в челюстно-лицевой хирургии. М.: Медицина, 2005, С. 75–80.
 37. Тазин И.Д. Лечение больных строматическим остеомиелитом нижней челюсти с использованием пористых проникаемых имплантатов из никелида титана // [И.Д.Тазин, П.Г.Сысолятин, Л.А.Панов] // Стоматология. – 2000. – Т.79. – №4. – С. 37–40.
 38. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – ООО «Червона Рута-Туре». – Киев, 2002. – С.1024.
 39. Трофимов И. Г. Консервативно-хирургические методы лечения переломов мышечного отростка нижней челюсти: Автореф.дисс.канд...мед.наук. -СПб., 2003.-С.17.
 40. Хватова, В. А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава М., 1982. – С.160.
 41. Цимбалитов А.В. Морфологическая оценка дисфункции височно-нижнечелюстного сустава по данным лучевой диагностики // – 2010 – Т. 47. – №2. – С. 19–21.
 42. Лопушанская Т.А., Войтяцкая И.В., Колтунов, А.В. Макогонова М.Е.// Институт стоматологии. – 2010. – Т. 47. – №2. – С. 19–21.
 43. Чернышев, В.В. Опыт лечения осложненных переломов суставного отростка нижней челюсти // Вопросы экспериментальной и клинической стоматологии. 2004. – вып.8. – С. 147–149.
 44. Швырков, М.Б. Несвободная остеопластика мышечного отростка нижней челюсти / Рос. стомат. журн. – 2001. № 6. – С. 11–14.
 45. Юань И. Клиническое обоснование применения щадящего метода иммобилизации при переломах нижней челюсти: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.01.14 /И. Юань. – СПб.: 2011 – С. 19.
 46. Юлдашев И.М. Характеристика возможных причин, вызывающих осложнения при переломах нижней челюсти // // STOMATOLGIYA /среднеазиатский научно-медицинский журнал. – Ташкент. – № 1–2. – 2010 (41–42). – С. 132–134.
 47. Накостный остеосинтез при переломах нижней челюсти с использованием минипластинок // Тезисы докл. на регион, научно-практ. конфер.стомат.-Ижевск,1992.–часть 1. – С. 10–11.
 48. Клинико- технологические аспекты накостного остеосинтеза титановыми минипластинками при переломах костей лицевого черепа // Матер, конфер. «Новое в технич. обеспеч. стом-и». -Екатеринбург, 1992. – С. 61–65.
 49. Современные направления в накостном остеосинтезе при переломах нижней челюсти // Акт. Вопросы клинич. хирургии. / Сб. науч. трудов. – Пермь, 1993. – С. 117–119.
 50. Новые методы накостного остеосинтеза при переломах нижней челюсти // Тезисы докл. межрегионал. учебно- метод, конфер. – Пермь, 1994. – С. 116–117.
 51. Зедгенидзе Г.А. Рентгенодиагностика заболеваний зубов и челюстей /Г.А. Зедгенидзе, Р.С. Шилова-Механик. – М.: Медгиз, 1962. – С. 282
 52. Травмы челюстно-лицевой области // Под ред. Александрова Н.М., Аржанцева П.З. – М.: Медицина, 1986. – С.448.
 53. Рабухина Н.А. Рентгенодиагностика в стоматологии // Н.А. Рабухина, А.П. Аржанцев. – М.: ООО “Мед. информ. агентство”, 1999. – С. 452.
 54. Харин Б.А. Возможности ультразвуковой диагностики переломов костей у больных с посттравматическими деформациями средней зоны лицевого скелета: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 // ЦНИИ стоматологии. – М., 1997. – С.21.
 55. Хирургическая стоматология: Учебник // Под ред. Т.Г. Робустовой. – 2-е –изд., перераб. и доп. – М., Медицина, 1996. – С. 688.
 56. Швырков М.Б. Неогнестрельные переломы челюстей: Руководство /М.Б.Швырков, В.В.Афанасьев, В.С.Стародубцев – М.: Медицина, 1999. – С. 336 .
 57. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии // А.А.Тимофеев – Киев–2002 – С. 435–440.
 58. Зеленский В.А. Мухоморов Ф.С. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия // ГЭОТАР-Медиа, 2008. С.208.
 59. Персин Л.С., Елизарова В.М., Дьякова С.В. Стоматология детского возраста // Медицина, Москва, 2003– С. 640.
 60. Водолацкий М.П. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста // Ставрополь–2006.
 61. Дьякова С.В. Стоматология детская. // М.: ОАО Издательство Медицина, 2009.
 62. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста // Книга плюс, 2005 г.
- Summary:** Improper treatment of a fracture of the lower jaw can lead to the development of a number of complications, such as a defect in the jaw bone, incomplete fixation of fragments of the fracture, inflammatory diseases of the jaw and surrounding soft tissues, and subsequent aesthetic defects. Complications that may result from the use of osteoplastic materials at the fracture site during treatment can be eliminated.
- Key words:** lower jaw fractures, micro-screw, mini-plates , osteosyntes.
- Аннотация:** Неправильное лечение перелома нижней челюсти может привести к развитию ряда осложнений, таких как дефект челюстной кости, неполное фиксация фрагментов перелома, воспалительные заболевания челюсти и окружающих мягких тканей и последующие эстетические дефекты. Осложнения, которые могут

возникнуть в результате применения остеопластических материалов к месту перелома во время лечения, могут быть устранены.

Аннотацияси: Пастки жағ синишини ўз вақтида тўғри даволанилмаслиги бир қанча асоратлар ривожланишига, яъни жағ суягида нуқсон кузатилиши, синиқ фрагментларни тўлиқ

мустаҳкамланмаслиги жағ ва атрофдаги юмшоқ тўқималарда яллиғланиш касалликларини олиб келиши ҳамда кейинчалик эстетик етишмовчиликлар юзага келишига сабаб бўлади. Даволашда синиқ соҳасига остеопластик материалларни қўллаш билан келиб чиқиши мумкин бўлган асоратлар бартараф этилиши мумкин.

УДК: 006.1:[378.046.4/048.2:616.314]:[378.147+378.147.227

МОДЕРНИЗАЦИИ НЕПРЕРЫВНОГО ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ ПОСРЕДСТВОМ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИВНЫХ И ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ



Мусаев У.Ю.

Самаркандский государственный медицинский институт

Качество оказания медицинской помощи населению страны с оптимальным использованием ресурсов системы здравоохранения для повышения эффективности здравоохранения напрямую зависит от уровня подготовки медицинских специалистов, владеющих современными методами диагностики и лечения заболеваний, способных применять новейшие достижения медицинской науки и практики, обеспечивающие профилактическую направленность ведения пациентов [1,2].

Для обеспечения качества медицинской помощи врач должен постоянно совершенствоваться. Он обязан быть в курсе новейших достижений медицинской науки и поддерживать свой уровень знаний и навыков. При этом высшее образование на современном этапе выступает в качестве важнейшего фактора развития общества, в котором основное место отводится университетскому образованию. Главной задачей высшего профессионального образования является подготовка высококвалифицированных специалистов, формирование у выпускников профессиональных компетенций, обеспечивающих их конкурентоспособность на рынке труда [3,4,11].

В то же время модернизация высшего профессионального образования в соответствии с Государственным образовательным стандартом требует решения целого ряда проблем организационного, технологического и содержательного характера. При этом современная система медицинского образования тесно связана с необходимостью «образования через всю жизнь». В этом врачу поможет непрерывное медицинское образование

(НМО), которое охватывает все фазы обучения: довузовское, университетское, последипломное, профессиональную переподготовку и предусматривает использование новых технологий для совершенствования подготовки специалистов в условиях растущей конкуренции [5,9].

НМО используется во всем мире, при этом особое внимание обращают на важность регулирования медицинской профессии и необходимость постоянного обучения медиков с целью оказания качественной медицинской помощи населению [2,4].

В то же время традиционное высшее медицинское образование построено на нозологическом принципе мышления и обучения, когда в основе темы лекций, практических занятий, экзаменационных билетов, лежит название нозологической единицы, т.е. собственно заведомо известный диагноз [10,13]. Тогда как новая образовательная стратегия вызвала к жизни и новые тактические подходы к её реализации, обуславливая потребность в активных и интерактивных методах обучения. Поэтому в образовательном процессе высшей медицинской школы широко используются активные и интерактивные формы проведения занятий в сочетании с внеаудиторной работой для формирования и развития профессиональных компетенций обучающихся [5,6].

Как же разграничить активные и интерактивные методы обучения? В последние годы эти термины применяются широко, но общепринятой трактовки понятий нет. К методам активного обучения относятся те, при которых каждый

учащийся вынужден активно добывать, перерабатывать и реализовывать учебную информацию, представленную в такой дидактической форме, что обеспечивает объективно существенно лучшие, по сравнению с традиционными способами результаты обучения в практической деятельности. Активные методы обучения объединяет формы индивидуального и коллективного освоения учебного материала, использующего фактически данные конкретной проблемы и ее теоретические обобщения. Наиболее эффективными из них являются имитационные и неимитационные методы: проблемное обучение, программированное обучение, занятие на производстве, научно-практическая конференция, анализ конкретных ситуаций, решение практических задач, инсценировки, разбор инцидентов, деловые игры и т.д. (табл.).

Цель активных методов обучения заключалась в интеграции всех психических процессов (речь, память, воображение и т.д.) для усвоения знаний, умений, навыков. Первоначально активные методы обучения исследовались и внедрялись на уровне школьного обучения. В дидактический процесс высшей школы активные методы стали проникать позже, после соответствующей адаптации [5,6].

При применении в учебном процессе активных методов обучения студенты и слушатели-врачи непрерывного образования большую часть учебного времени выполняют самостоятельные действия. Сущность активных методов заключается в том, что обучаемый получает необходимые ему знания путем изучения и анализа различных источников информации, характеризующих практическую деятельность производственных коллективов [5,6].

Таблица

Активные методы обучения

Неимитационные	Имитационные	
	неигровые	игровые
<u>Проблемное обучение:</u> Лабораторная работа. Практическое занятие. Эвристическая лекция, семинар. Тематическая дискуссия. Курсовая работа. <u>Программированное обучение:</u> Дипломное проектирование. Научно-практическая конференция. Занятие на производстве. Стажировка без выполнения ролей	Анализ конкретных ситуаций. Имитационное упражнение. Действия инструкции. Разбор документации	Деловая игра. Разыгрывание ролей. Игровое проектирование. Стажировка с выполнением ролей

Соответственно интерактивные методы от англ. (inter – между; act – действие) – это методы обучения, позволяющие учиться взаимодействовать между собой.

- усиление активно-познавательной и мыслительной деятельности обучающихся;
- вовлечение студентов в процесс обучения, освоения нового материала не в качестве пассивных слушателей, а в качестве активных участников;
- усиление мотивации к изучению дисциплины;
- развивает коммуникативные компетенции у студентов, помогает установлению эмоциональных контактов между студентами;
- вырабатывает навыки самостоятельно находить информацию и определять уровень ее достоверности умения восприятия и передачи информации в квазипрофессиональных условиях для реализации совместной деятельности;
- формирует учебно-исследовательскую компетентность (анализ и критическое мышление, синтез, постановка целей и пр.), позволяющую решать обучающие и профессиональные задачи;
- воспитывает специалиста за счёт освоения

навыка командной работы, при которой важно прислушиваться к чужому мнению, находить оптимальное решение и воплощать его в жизнь;

- интерактивные технологии дают возможность постоянных, а не эпизодических (по расписанию) контактов студентов с преподавателем.

Помимо названных учебно-познавательной (предельно конкретной) и коммуникативно-развивающей (связанной с общим эмоционально-интеллектуальным фоном процесса познания) задач, интерактивному обучению приписывают и решение социально-ориентационной задачи, результаты которой проявляются уже за пределами учебного времени и пространства [5,6].

Конечная цель и основное содержание образовательного процесса при интерактивном обучении сохраняются, но происходит изменение формы представления учебного материала, и вместо транслирующей используют полилоговую форму с опорой на взаимопонимание и взаимодействие. На первый план выходит групповая форма организация учебной деятельности.

Интерактивное обучение базируется на пря-

мом взаимодействии учащихся со своим опытом и опытом своих товарищей, так как большинство интерактивных методов обращается к опыту самого учащегося, причем не только учебному. Новое знание, умение формируется на основе такого опыта [6].

Ряд педагогов-исследователей полагают, что при применении интерактивных методов сильнее всего действует на интеллектуальную активность дух соревнования, соперничества, состязательности, который проявляется, когда люди коллективно ищут истину [7,8].

У большинства преподавателей вузов сложилось представление об интерактивном обучении, прежде всего, через призму новых информационных технологий, дистанционного обучения, участия в вебинарах и других видах онлайн взаимодействиях, применения интерактивных атласов и прочих электронных ресурсов. Действительно, современные компьютерные программы играют обучающую роль, обеспечивая с помощью интерактивных средств и устройств непрерывное диалоговое взаимодействие пользователя с компьютером. Такие обучающие программы Hi-Tech дают возможность врачам-стоматологам и студентам работать в собственном темпе, регулировать скорость изучения материала, проверять качество усвоения темы в режиме реального времени, то есть управлять ходом обучения [12,13]. Однако такой взгляд на интерактивное обучение не является исчерпывающим.

Различные новые виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу врачей-стоматологов, для стимуляции и формирования у них способности к анализу своих возможностей, а также умение приобретать новые знания при использовании различных форм обучения информационно-образовательной технологией. Кроме того, применение в учебном процессе активных и интерактивных методов обучения позволили выделять:

- новые свойства и признаки изучаемых объектов (пациентов);
- устанавливать связи между изучаемыми понятиями;
- раскрывать теоретическую и практическую значимость современных технологий обучения;
- выполнение самостоятельной работы, при формировании у врачей-стоматологов познавательной потребности и готовности к получению профессиональных навыков в оценке результатов интерактивных методов обучения учитывались также самостоятельная работа с литературой, подготовка рефератов, презентаций и докладов на конференциях, что позволяло анализировать

медицинские, этические проблемы и использовать на практике полученные знания по стоматологии в различных видах профессиональной деятельности.

Таким образом, на основе широкого анализа разнообразных активных и интерактивных методов и форм обучения, разработанных и испытанных мировой педагогической практикой, нами был отобран ряд новых и перспективных медико-педагогических последипломных технологий по стоматологии, совокупность которых составляет определенную дидактическую систему [8,9]. Эта система отражает личностно-ориентированный подход к обучению, позволяет достаточно успешно формировать критическое и творческое мышление, а также формировать необходимое для современного образования умение работать с новой, современной информацией. Следовательно, в настоящее время система непрерывного последипломного высшего медицинского образования реформируется с обязательным применением интерактивных методов обучения, и от того, насколько целенаправленно и эффективно будет проходить этот процесс, во многом зависит успешное решение задач качественной медицины.

Литература

1. Артюхина А.И., Чумаков В.И. Интерактивные методы обучения в медицинском вузе: Учеб. пособие. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. – 212 с.
2. Бурняшева Л.А. Активные и интерактивные методы обучения в образовательном процессе высшей школы: Метод. пособие. – М.: КноРус, 2016. – 219 с.
3. Ветошкина Т., Шнайдер Н. Активные и интерактивные методы обучения. – М.: Lambert Acad. Publ., 2015. – 164 с.
4. Воронкова О.Б. Информационные технологии в образовании. Интерактивные методы. – М.: Феникс, 2018. – 598 с.
5. Генике Е.А. Активные методы обучения. Новый подход. – М.: Нац. книжный центр, 2015. – 832 с.
6. Горностаева А.М., Ларина Э.С. Диалог с компьютером. Интерактивные средства обучения, созданные при помощи программы Macromedia Flash (+ CD-ROM). – М.: Глобус, Панорама, 2018. – 120 с.
7. Дьячкова М.Г. Модернизация системы высшего и дополнительного профессионального образования специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием. – М., 2019. – 105 с.
8. Жураковский В., Федоров И. Модернизация высшего образования: проблемы и пути их

- решения // Высшее обр. в России. – 2016. – № 1. – С. 3–14.
9. Зайратьянц О.В. Реформа непрерывного медицинского образования и сертификации (аккредитации) врачей. – М., 2016. – 27 с.
 10. Кудрява Н.В. и др. Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новации. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2011. – 301 с.
 11. Кулибина О.В. Активные методы обучения: гигиена и экология в медицинском вузе. – М.: Lambert Acad. Publ., 2014. – 925 с.
 12. Протасова И.Н., Подгрушная Т.С., Перьянова О.В. и др. Роль активных методов обучения в становлении профессионально-личностной компетентности будущего врача // Фундамент. исследования. – 2013. – № 8–5. – С. 1208–1211.
 13. European strategy and co-operation in education and training / European Commission. – URL: <http://ec.europa.eu/education/>.

Резюме

Целью работы является определение современных представлений об активных и интерактивных методах обучения врачей-стоматологов при модернизации непрерывного после дипломного образования. Проведена оценка значимости активных и интерактивных методов обучения при непрерывном последипломном образовании врачей-стоматологов в успешном решении задач качественной медицины.

Ключевые слова: качественная медицина, реформирование последипломного образования в стоматологии, непрерывное последипломное

образование, активные и интерактивные методы обучения врачей-стоматологов.

Хулоса

Адабиётлар шарҳи билан ишлаш. Ушбу ишнинг мақсади узлуксиз олий ўқув юртида кейинги таълимни модернизациялашда стоматологларни тайёрлашнинг фаол ва интерфаол усуллари ҳақидаги замонавий ғояларни белгилашдан иборат. Стоматологларнинг узлуксиз олий ўқув юртидан кейинги таълимида фаол ва интерфаол ўқитиш усулларида сифатли тиббиёт муаммоларини муваффақиятли ҳалетишда фойдаланишнинг баҳоланиши ва аҳамияти.

Калит сўзлар: сифатли тиббиёт, стоматология олий ўқув юртидан кейинги таълимни ислоҳқилиш, узлуксиз олий ўқув юртидан кейинги таълим, стоматологларни ўқитишнинг фаол ва интерфаол усуллари.

Annotation

Work with a review of the literature. The purpose of this work is to define modern ideas about active and interactive methods of training dentists in the modernization of continuous postgraduate education. The assessment and significance of the use of active and interactive teaching methods in the continuous postgraduate education of dentists in the successful solution of problems of quality medicine was carried out.

Keywords: quality medicine, reforming postgraduate education in dentistry, continuous postgraduate education, active and interactive methods of teaching dentists.

Смежные дисциплины

УДК: 616.22-007.271-07-08

ҲИҚИЛДОҚНИНГ БУРМАЛАР ОСТИ ЧАНДИҚЛИ ТОРАЙИШЛАРИНИ ТАШҲИСЛАШ ВА САМАРАЛИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ



Шамсиев Д.Ф., Рўзматов Қ.М.

Тошкент давлат стоматология институти

Бўйин соҳасида жойлашган анатомик тузилмаларининг хусусан ҳиқилдоқ ва кекирдакни айрим сабабларга кўра меъёрий фаолиятларини бузилишлари организмнинг барча аъзолари ҳаётий функцияларини ҳам бузилишига

олиб келади. Айниқса кекирдак ва ҳиқилдоқ тўқималарини яллиғланишларида, шикастланишларида: интубация, трахеотомия, бронхоскопия, гастрофиброскопия, бужлаш, трахеотомик найчани атроф тўқималарга ҳамда кекирдакнинг

шиллик қавтига ёт жисм сифатида таъсири, шу билан бир қаторда бошқа турли сабабларга кўра рўй берадиган асоратларни яъни ривожланиши мумкин бўлган йирингли деструктив ўзгаришлар ҳамда ўсма ва ўсма олди касалликлари туфайли бажарилган тахсислардан сўнги чандикли жараёнлар кузатилмоқда. Бу асоратланишларни бартараф қилишдаги ўта нозик ва кўп қиррали мураккаб муаммоларни мумкин қадар эрта аниқлаб тежамли, эҳтиётли ва ноҳуш ҳолатларни рўёбга келтирмовчи тахсис ва муолажаларни қўллаш усуллари йўналишида оториноларингологлар кўкрак жарроҳлари, эндоскопия жарроҳлари ва реаниматологлар бир неча минг йиллардан бери илмий-амалий изланишлар натижаларини ва таклифларини тиббиётга жорий қилмоқдалар. Аммо махсуслашган марказлар замонавий ускуналар билан жиҳозланиб янги-янги технологияларни қўлланишлигига қарамадан нафас йўллариининг чандикли торайиши билан касалланишлар миқдор жиҳатидан кўпайиши асоратланишлари эса сон жиҳатдан ошиб бораётгани амалиётда кузатилмоқда.

Жоиз бўлса шуни қайд қилишимиз лозимки, нафас йўллариини сурункали чандикли торайишининг асосий сабабларидан яна бири ятроген сабаблар билан боғлиқлиги ҳам ушбу йўналишда замон талаби даражасидаги ишланмаларни янги жарроҳлик усуллар билан нафас йўллариини чандикли торайишларини ташхислаш ва даволаш самарадорлигини юксалтирилишига амалий тиббиёт эҳтиёжмандир.

Тадқиқот мақсади

Ҳиқилдоқнинг бурмалар ости чандикли торайишларини ташхислаш ва даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш.

Материал ва усуллар

Кузатувимизда 8 нафар бемор ҳиқилдоқ ва кекирдикнинг сурункали чандикли торайиши натижасида сурункали нафас етишмовчилигидан

азият чеккан 25 ёшдан 59 ёшгача бўлган беморлар ташкил қилди. Ушбу беморлардан 5 нафаридан нафас йўлининг торайишлари узоқ муддатли давомли интубациядан сўнги даврларда ҳар хил муҳлатдан сўнг ривожланган. 3 нафар беморда тизимли касаллик гуруҳига кирадиган Вегенер гранулематози туфайли пайдо бўлган. 8 нафар бемордан 3 та беморда трахеостомия жарроҳлик амалиёти олдиндан бажарилган бўлган.

Ҳозирги кунда овоз бойлам ости торайиши жарроҳлиги асосий усули ларингопластика, чандикланган ўзгаришли тўқима резекцияси ҳисобланади. Бироқ, бу касаллик замонавий ва минимал инвазив даволаш усуллариини излашни талаб қилади ва отоларингологиянинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда. кўп ҳолларда ҳиқилдоқ ва трахея стенозининг баллон тизимлари билан кенгайтириш очик ларингопластикадан сезиларли афзалликларга эга.

Ушбу усул тиббий амалиётга тобора кўпроқ тадбиқ этилмоқда ва ҳар хил ёшдаги гуруҳларга, ҳиқилдоқ ва трахея стенози бўлган беморларда қўлланилади. Ҳозирги вақтда эндоскопик баллон техникасини қўллаш стенозининг аниқ локализациясини аниқлашга ва қаттиқ дилатация тизимларини қўллашда юзага келадиган таъсир кучини ҳисоблаш имконини беради. Беморларда клиник лаборатор текширувлар, компьютерли томография, эндофибрларинготрахеоскопия, ташки нафас олиш функцияси, мультиспирал компьютерная томография, қондаги кислород миқдори каби текширув усулари қўлланилди..

Тадқиқот натижалари

Эндоскопик тадқиқот натижаларига кўра, барча беморларда ҳиқилдоқнинг бурмалар ости қисмида шиллик қаватнинг юмалоқ шаклидаги қалинлашиши, концентрик торайиши аниқланди. Шиллик қават силлик, пушти рангда, нам. Трахея ва асосий бронхларда патологик ажралма аниқланмади.

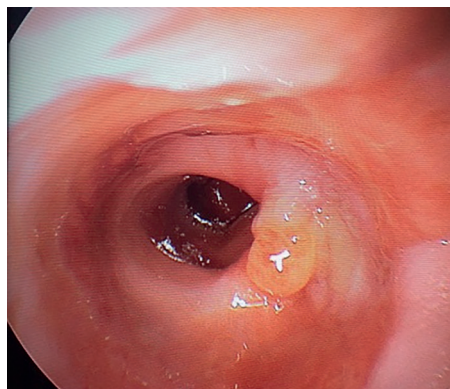


Рис. 1. Операциядан олдин.



Рис. 2. Баллон дилататор.

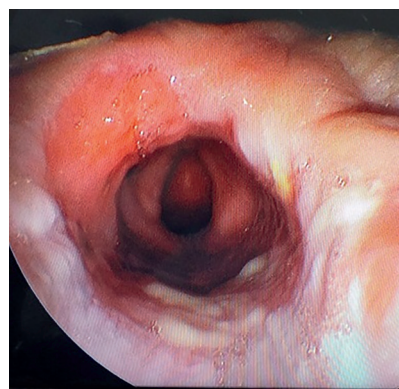


Рис. 3. Икки ойдан кейинги концентрик торайиши билан кенгайтириш кенгайган ҳолат.

Мультиспирал компьютер томографияда хикилдоқ ва трахея скелетининг уч ўлчовли реконструкцияси ёрдамида юшоқ тўқималарнинг қалин тортиши ва йўллари думалоқ шаклдаги торайиши, торайишнинг узунлиги 6 дан 11 мм гача, энг тор қисмининг диаметри 4 мм дан 8 мм гача аниқланди. Жарроҳлик амалиёти умумий наркоз остида, бевосита ларингоскопия ёрдамида видеоэндоскоп ускунасидадан фойдаланилган холда амалга оширилди. Трахеостомали беморларга трахеостома орқали интубация амалга оширилди. 3 та ҳолатда стеноз даражасидан ташқарида эндотрахеал найча ўрнатилган ларингоскоп орқали киритилди. 2 та беморда стеноздан юқори жойлаштирилди. Интубация учун ички диаметри 5 ва 6 мм бўлган найча ишлатилди. Қондаги кислород миқдори 100% га эрилшилгандан сўнг хикилдоқнинг бурма ости қаватида жойлашган чандиқли торайишнинг кенгайтириш-дилатацияси амалга оширилди. Эндотрахеал найчани олиб ташлаб стеноз жойлашган бўшлиққа баллонли катетр киритилиб, махсус шприц-манометр ёрдамида 10 мм диаметри 10 атмосфера босимида (таъсир қилиш вақти 1 минут) суюқлик юборилди. Навбатдаги босқичда баллондаги суюқлик эвакуация қилиниб баллон бўшлиқдан чиқарилди. Қон таркибидаги эритроцитларнинг кислород билан тўйиниши 100% га тенг бўлганда ушбу муолажа 5–6 дақиқадан сўнг такрорланди. Дилатация 3 ёндашувда амалга оширилди, ёндашувлар орасида ўпканинг сунъий вентиляцияси амалга оширилди. Бурмалар ости қисмидаги торайиш қисмидаги тўқималарда жиддий ўзгаришлар бўлган беморларда электрокоагулятор ёрдамида чандиқ тўқимани эндоскопик ажратишдан сўнг муолажани бажаришга киришилди. Ушбу жараёнда баллоннинг диаметридан қатъий равишда чандиқли тўқималарнинг микрокесиш билан овоз бойлами бурмалар ости торайишларини турғун кенгайтишига эришиш мумкин бўлди. Муолажадан сўнгги дақиқаларда қайтатдан торайиш кузатилмади. Муолажадан сўнг торайган соҳанинг шиллиқ остига 4мг дексаметазон киритилди. Стационар шароитда даволаниш муддати 3–5 кунни ташкил этди. Стационар даволанишнинг 3 ва 5 кунларида назоратли фиброларинготрахеоскопия амалга оширилди. Яллиғланишга қарши антибактериал дори дармонлар суткасига 16 мг гача вена ичига, ундан кейинги даврда 12 мг гача тавсия қилинди. Хикилдоқнинг бурмалар ости чандиқланиш қисмига таъсир қилиш мақсадида дексаметазон инъекцияси, антисептиклар билан ингалицияси амалга оширилди. Беморлар жарроҳлик амалиётидан кейинги 7 ва 14 кунларда амбулатория кузатувида юборилди ва 1 йил давомида ҳар ой кузатувимизда бўлди. Трахео-

стомияли беморларда овоз бойламлари остки қисмининг рестеноз ва нафас олишда қийинчиликлар ҳақида шикоятлар қайд қилинмаса баллон дилатациясидан 2 ойдан кейин трахеостомани бекитиш мақсадида пластик жарроҳлик амалиётини бажариш тавсия қилиш мумкин бўлади. Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда беморларимизда торайган соҳани кенгайган қисмида юшоқ тўқималарни гиперемияси, енгил ва ўртача даражада шиш ва фибринли бляшкалар аниқланди. Антибактериал ва яллиғланишга қарши терапия ва физиотерапевтик даволаш натижасида жарроҳлик бажарилган соҳада тўлиқ эпителизация ривожланди. Вегенер гранулематозли рестенозли беморлардан 1 нафарида стенозни қайталаниши кузатилди. У асосий касаллиқнинг қайталаниши билан боғлиқ бўлганлиги туфайли трахеотомик найчали вақтинча бўлишлиқ рўй берди. Тадқиқотларимизда хикилдоқнинг бурма ости торайган қисмидан олинган тўқималарнинг гистологик ҳолати бир оз катталашган кератинлаштирувчи эпителий билан қопланган кўп қаватли ясси шиллиқ қаватнинг қисмлари аниқланган. Шу билан бир қаторда склеротик деформация, лимфоцитларнинг инфильтрацияси ҳам аниқланган. Баллон дилатациясидан кейинги гистологик текширишларда шиллиқ қаватнинг етук кўп қаватли ясси кератинлаштирмайдиган эпителий билан қопланган. Склеротик стромада шиш тўқима тарқоклиги шунингдек локал қон билан таъминланиши шакилланган.

Хулоса

1. Баллонли дилатация тизими ларинготрахеал пластик ёки кириотрахеалли резекциянинг очик жарроҳлик аралашувидан воз кечиш имконини берадиган торакал ости фолликуляр қисмининг чекланган стенозини даволашнинг замонавий минимал инвазив ва кам травматик усули.

2. Баллонли дилатация жарроҳлик амалиёти бажарилган беморларни стационар шароитида даволаниш муддати давомийлигини қисқаришига ва тўлиқ реабилитациясига эришилади.

3. Баллонли дилатация жарроҳлик амалиётини таянчли ларингоскоп ёрдамида бажарилиш жараёнида нафас йўлидаги торайган қисмини батафсил кўздан кечириш ҳажмини аниқлаш ва кўрув назорати остида тежамли ва эҳтиётли жарроҳлик жараёнини амалга оширишга имконият яратди.

Адабиётлар

1. Геппе Н.А., Подчерняева Н.С., Лыскин Г.А. Руководство по детской ревматологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.

2. Гюсан А.О., Гюсан С.А. Экстренная помощь при наружных травмах глотки, гортани и шейного отдела трахеи // Современ. наукоемкие технологии. –

2009. – №9. – С. 108–109.

3. Фоломеев В.Н. Восстановительное лечение больных с постинтубационными стенозами гортани и трахеи. – М., 2001.

4. Чирешкин Д.Г., Дунаевская А.М., Тимен Г.Э. Лазерная эндоскопическая хирургия верхних дыхательных путей. – М.: Медицина, 1990.

5. Шамсиев Д.Ф., Рузматов К.М. Реконструкция гортани при травмах щитоподъязычной мембраны // Stomatologiya. – 2018. – №4. – С. 87-89.

6. Bagwell C.E., Talbert J.L., Tepas J.J. Balloon dilatation of long- segment tracheal stenosis // J. Pediatr. Surg. – 1991. – Vol. 26, №2. – P. 153-159.

7. Cohen M.D., Weber T.R., Rao C.C. Balloon dilatation of tracheal and bronchial stenosis // Amer. J. Roentgenol. – 1984. – Vol. 142, №3. – P. 477-478.

8. Hautefort C., Teissier N., Viala P. Balloon Dilation Laryngoplasty for Subglottic Stenosis in Children Eight Years' Experience // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2012. – Vol. 3. – P. 235-240.

9. Jorda C., Penalver J.C., Escrivá J. et al. Balloon dilatation of the trachea as treatment for idiopathic laryngotracheal stenosis // Arch. Bronconeumol. – 2007. – Vol. 43, №12. – P. 692-694.

10. Visaya J.M., Ward R.F., Modi V.K. Feasibility and mortality of airway balloon dilation in a live rabbit model // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2014. – Vol. 140, №3. – P. 215-219.

Резюме

Цель: оптимизация методов лечения больных с подвязочным стенозом гортани. **Материал и методы:** проведено обследование и лечение 8 пациентов с подвязочным стенозом гортани различной этиологии. **Этиологией** развития подвязочного стеноза гортани у 5 пациентов являлась длительная интубация, у 3 гранулематоз

Вегенера. **Результаты:** всем пациентам была произведена эндоскопическая операция баллонной дилатации подвязочного стеноза гортани под прямой опорной ларингоскопией с использованием видеоэндоскопической техники. В результате проведенного лечения у всех больных удалось добиться стойкого расширения просвета подвязочного отдела гортани, сократить длительность стационарного лечения и периода полной реабилитации. Рестенозирование подвязочного стеноза гортани наблюдалось у одного пациента с гранулематозом Вегенера, связанное с рецидивом основного заболевания.

Ключевые слова: подвязочный стеноз гортани, гранулематоз Вегенера, баллонная дилатация, эндоскопия.

Summary

Present study was to optimize the treatment of patients with subglottic laryngeal stenosis. **Materials and methods:** We have examined a total of 8 patients presenting with subglottic laryngeal stenosis. The etiological factors and underlying conditions of laryngeal stenosis were the prolonged intubation in 5 patients, Wegener granulomatosis in 3 patients. All the patients underwent balloon dilatation with the application of the video endoscopic technique. **Results:** The surgical treatment of all the patients made it possible to achieve the persistent expansion of the lumen of the subglottic part of the larynx, to shorten the periods of the in-patient treatment and rehabilitation of the patients. Restenosis of laryngeal lining stenting was observed in one patient presenting with Wegener's granulomatosis which was associated with the relapse of the underlying disease.

Key words: subglottic laryngeal stenosis, Wegener's granulomatosis, balloon dilatation, endoscopy.

УДК: 612.7/.78:616.211-053.2

РИНОЛАЛИК БОЛАЛАР НУТҚИ ВА ОВОЗИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ



Шокирова Шахноза Дилмуродовна

Низомий номидаги ТДПУ, Логопедия кафедраси

Жаҳонда жисмоний ёки рухий ривожланишида нуқсонли бўлган болалар сиёсий, иқтисодий, ижтимоий, маданий соҳаларда жамият ҳамда давлатни ривожлантиришнинг тенг ҳуқуқли иштирокчиси экани эътироф қилинмоқда.

Маҳсул таълимга эҳтиёжи бўлган болаларни мактабгача таълим, умумий ўрта таълим олишини йўлга қўйиш, уларнинг ижтимоий ҳимоя тизимини мустаҳкамлаш, ногиронлиги бўлган болаларнинг ҳуқуқларини ҳимоя қилиш ҳамда

инклюзив таълимга жалб этиш UNICEF ташкилоти томонидан қўллаб-қувватланмоқда. Шу билан бирга мактабгача ёшдаги оғир нутқ нуқсонли бўлган болаларнинг замонавий таълим олиши UNICEF томонидан ишлаб чиқилган халқаро ҳуқуқий ҳужжатлар [5] асосида қафолатланган.

Республикада таълим-тарбия тизимини такомиллаштириш ва баркамол авлодни тарбиялаш давлат сиёсатининг устувор йўналиши даражасига кўтарилди. Ўзбекистон Республикасида Мактабгача таълим вазирлиги ташкил этилди, мактабгача таълим муассасаларининг моддий-техник базаси мустаҳкамланди, меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатлар, «Болажон» таянч дастури такомиллаштирилди, «Илк қадам» давлат ўқув дастури ишлаб чиқилди, шунингдек, 3–6 ёшли қизларни маънавий-ахлоқий тарбиялаш, соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш мақсадида «Зумрадойлар давраси» тўғарақлари, замонавий таълим дастурлари жорий қилинди. Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегиясида «...мактабгача таълим муассасалари тармоғини кенгайтириш ва ушбу муассасаларда болаларнинг ҳар томонлама интеллектуал, эстетик ва жисмоний ривожланиши учун шарт-шароитларни тубдан яхшилаш, болаларнинг мактабгача таълим билан қамраб олинишини жиддий ошириш ва фойдаланиш имкониятларини таъминлаш, педагог ва мутахассисларнинг малака даражасини юксалтириш»[□] каби вазифалар белгиланиб, бугунги кунда кичик ва катта мактабгача ёшдаги болаларнинг нутқини ривожлантириш, шунингдек, таълимнинг кейинги босқичига муваффақиятли ўтишини таъминлаш долзарб аҳамият касб этмоқда. Ринолалия нутқ камчилигига эга бўлган болалар ҳам бундан мустасно эмаслар.

Ринолалия (грекча сўздан олинган бўлиб, rhinos-бурун, lalia-нутқ) нутқ апаратининг анатомик ва физиологик камчиликлари сабабли овоз тембри ва товушлар талаффузидаги бузилишдир. Бунда барча унли товушлар манқаланиб талаффуз қилинади, ундошлар эса нутқда бўлмайди ёки унлиларга ўхшаб бурунланиб талаффуз қилинади, шунинг учун бола нутқи манқаланиб, тушунарсиз чиқади.

Икки турдаги бурунланиш фарқланади: очик ва ёпиқ. Бу икки турдаги бурунланиш ҳам органик ёки функционал бўлиши мумкин. Ёпиқ бурунланиш гипертрофик шамоллаш оқибати, бурун бўшлиғида полиплар ва аденоидларнинг мавжудлиги, бурун ва бурун ҳалқумдаги ёриқликлар, шунингдек, болани бурунланиб гапирадиган бола ёки катталар нутқига тақлид қилиш оқибатида келиб чиқиши мумкин. Ёпиқ бурунланишли (ринолалияли) болалар бурундан нафас олишга қийинлашади ёки умуман бурун

билан нафас ололмайди, оқибатда, “м” товуши “б” товуши билан, “н” товуши “д” товуши билан алмаштирилади, масалан: машина сўзи “башида”, нон сўзи “дод” тарзида талаффуз қиланади.

Ринолалия бўйича дастлабки илмий ишлар врачлар томонидан ёзилган бўлиб, уларнинг ҳаракатлари танглай бўртмасини тўлиқ тиклашга қаратилади. Қайта ҳосил қилинган танглай пардаси етарли даражада узун ва ҳаракатчан бўлиши ҳамда ҳалқумнинг орқа девори учун бирика олиши лозим. Бу самарага эришиш бурун ва бурун ўртасидаги йўлнинг эркин ёрилиш имкониятини таъминлайди ҳамда бурун оттенкасини бартараф этишга асос яратаяди ёки уни тўлиқ бартараф этади [1].

Ринолалияда нутқ кечикиб ривожланади, яъни биринчи сўзлар икки ёшда ва ундан кейин пайдо бўлади. Нутқ ўзига хос сифатли хусусиятларга эга бўлади. Импрессив нутқ нисбатан нормал ривожланади, экспрессив нутқда аҳамиятли ўзгаришлар бўлади. Биринчи навбатда беморлар нутқини кам тушунарлилигини таъкидлаш зарур. Беморлар учун баъзи ундош товушларнинг талаффузи катта қийинчилик тугдиради, яъни **л, т, д, ч, ш, ж, р** товушлари учун юқори тишлар ва альвеоллар олдида зарурий тўсиқ ярата олмайдилар. **С, з** товушларининг талаффузида болалар пастки тишлар олдида тусиқ ҳосил қила олмайдилар, натижада сиргалувчи ва шовкинли ундош товушлар талаффузи ўзига хос жарангланишга эга бўлади. **К, г** товушлари умуман йук бўлади ёки портлаш улар ўрнини босади. Унли товушлар тилнинг орқага тортилиши ва ҳавони бурундан чиқиши билан талаффуз қилинади ва сустлашган лаб артикуляцияси билан характерланади. Шу тарзда унли ва ундош товушлар кучли бурун оттенкаси билан шаклланади. Уларнинг артикуляцияси аҳамиятли даражада ўзгарган бўлади ва товушлар ўзаро аниқ дифференциялашмайди. Баъзида ринолалик болалар нутқидаги артикулемалар нормага жуда яқин бўлади, лекин шунга қарамай уларнинг талаффузи эшитувчи томонидан нуқсонли деб идрок қилинади, чунки нутқий нафас олиш бузилиши ҳисобига, артикуляция ҳамда товуш эффектига таъсир қилувчи юз мускулларининг ортикча кучланиши пайдо бўлади. Ринолалияда товушлар талаффузи тотал бузилган бўлади. Нутқни фонетик жиҳатдан бузилиши бирламчи ҳисобланиб, у нутқнинг лексик-грамматик қурилишининг шаклланишига таъсир кўрсатади. Ринолалияда нутқнинг бузилиши беморларнинг жамоадаги ҳолатини қийинлаштиради. Кўпинча жамоа билан уларнинг мулоқоти бир томонлама бўлади, алоқа натижаси эса беморларга катта зарба беради. Болаларда уялиш, таъсирланувчанлик, одамларга аралашмаслик ривожланади. Нутқ

нуксонини бартараф этиш бўйича мақсадга қаратилган иш характернинг ижобий сифатларини қарор топишига имконият яратади, олий рухий функцияларни ривожланишини стимуллаштиради. Адабиётларда келтирилган катамистик маълумотлар ва кузатишларнинг кўрсатишича, ринолалик болалар нуксонни юқори даражада компенсация қилиш ва функцияларни реабилитация қилишга кодир бўладилар.

Хулоса қилиб, шуни айтиш керакки, туғма ёриқликлар бола организмнинг шаклланиши ва рухий жараёнларнинг ривожланишига таъсир қилади ҳамда бу таъсир салбий характерда бўлади. Беморлар нуксонни (бартараф) компенсация қилишнинг ўзига хос йўллари излайдилар, натижада артикуляцион аппарат мускулларининг нотўғри ўзаро боғлиқлиги шаклланади.

Ринолалияда турли хил овоз бузилишлари ҳам кузатилади. Нутқни жарангдорлиги, оҳангини бузувчи овоз тембридаги ўзгаришлар етакчи ҳисобланади. Бу ҳол бурун ва оғиз бўшлиғининг чегараланмаганлигининг ҳисобига келиб чиқади.

Танглай ёриқлиги анатомик нуксон сифатида бурун, ҳиқилдоқ, бўйин бўшлиғининг резанаторлик тузилишини ассиметрик ҳолатига олиб келади. Юмшоқ танглай мушакларининг анатомик ва функционал асимметрияси вақт ўтиши билан овоз бойламларининг функционал бузилишига олиб келади.

Юқорида кўрсатиб ўтилган патология беморларнинг нутқий нафас олишни кийинлаштиради. Натижада танглай ёриқликларида овознинг жарангдорлиги ва фонация механизми ўзига хослик касб этадики, уни М.Зееман мустақил нуксон сифатида таърифлаб, “палатин дисфанияси” ва “палатофания” деб номлайди.

Шундай қилиб, нутқий патологияга эга бўлган мактабгача ёшдаги болаларда биринчи навбатда ўпка ҳажмини ривожлантириш, ўрта ва катта мактабгача ёшда эсанаси нафаснинг кўкрак-қорин турини шакллантириш лозим. Мазкур кўрсаткичларнинг нормага яқинлашиши кейинчалик нутқий нафасни ривожлантиришга ўтишга имкон беради, чунки нафаснинг кўкрак қорин тури нутқий нафас сингари мураккаб психофизиологик функциянинг шаклланиши учун база ҳисобланади.

Ёпиқ ринолалияни бартараф этиш учун биринчи навбатда бурун ва бурун халқумни даволашдан бошлаш керак. Бурундан нафас олишни тиклашда кўп ҳолларда нутқ меъёрлашади, камдан кам ҳолларда логопедик машғулотлар талаб этилади.

Очиқ ринолалияда иш даволовчи ва логопедик тадбирлардан бошланади масалан: юмшоқ танглай парезлари ва параличларида фарадизация қўлланилади, танглай ёриқликларида – хирургик операциялар ўтказилади: ёриқликлар тикилади ёки обтуратор, танглай ёриқликларини ёпиш ва бурун

ва оғиз бўшлиқларини ажратиш учун пластмасса пластинкалар қўйилади. Қаттиқ ва юмшоқ танглай ёриқликларида операциягача ёки протезлашдан олдин логопедик машғулотларни бошлаш тавсия этилади.

Баъзан парезлар ва параличларни даволаш тадбиридан кейин меъёрий овоз ва нутқ бола билан логопедик ишларсиз тикланади, аммо, қаттиқ ва юмшоқ танглайдаги ёриқликлар тезда манқаланишни келиб чиқишига сабаб бўлади, тез ва бевосита тикланган нутқ логопедик машғулотларсиз тезда яна аввалги ҳолига келиб, овоз манқаланган, нутқ эса тушунарсиз бўлиб қолади.

Логопедик машғулотлар қуйидаги бўлимлар бўйича олиб борилади [3,4]:

- а) нутқий нафасни шакллантириш;
- б) юмшоқ танглайни ва нутқ аппаратини фаоллаштириш бўйича ишлар;
- в) эшитув диққатини ривожлантириш;
- г) товушларни нутқга қўйиш ва мустаҳкамлаш.

Нутқий нафасни ривожлантиришда нафасни фақат оғиздан чиқариш кўникмаларини тарбиялаш керак. Бунга қуйидаги усуллар орқали эришилади: пахтага, қоғоз бўлагига пуфлаш, стакандаги сувга найча орқали пуфлаб пуфакчалар ҳосил қилиш, ёниб турган шамга пуфлаш, енгил резина ўйинчоқларни сув юзасида пуфлаб учуриш, совун кўпикларига пуфлаш, шарга, резина коптокларга пуфлаш ва ҳакозо. Уйдаги ўйинларга хуштак, найча, лаб гармошкаси, сурнайларни киритиш тасия этилади. Нафасни оғиздан чиқаришга ўргатишнинг бошланғич босқичларида бурунни бекитиб туриш керак.

Нутқий нафасни ривожлантиришда иложи бори-ча юмшоқ танглайни юқорига кўтарилишини таъминловчи диафрагмалар нафасни тарбиялаш керак.

Юмшоқ танглайни фаоллаштириш учун сўлакни ёки сувни майда кул тумлаб ютиш, эснаш, йўталиш керак, ҳар куни томоқни ва оғиз бўшлиғини чайқаш лозим. Бу усуллар орқали ёмшоқ танглайни фаоллаштириш машқлари амалга оширилади, бунда юмшоқ танглай юқорига кўтарилади, оқибатда, оғиз бўшлиғи, бурун бўшлиғидан ажратилади. Шунингдек, операция қилинган майдони ва фалажланган қисмида эҳтиёткорлик билан танглай бурмаларини бармоқлар ёрдамида енгил массаж қилиш тавсия этилади.

Юмшоқ танглайни фаоллаштиришда манқаланган болани онгли равишда юмшоқ танглайни ойна олдида оғизни очган ҳолда бошқаришга ўргатиш лозим бўлади.

Юмшоқ танглайни фаоллаштириш ишлари билан бир қаторда лаб, жағ, тил машқларини бажариш керак. Бу машқлар билан биз оғизнинг олд қисмида тилни фаоллаштирамиз, манқаланган болани тилни орқага тортишга ўргатамиз.

Эшитув диққатини ривожлантириш ишнинг муҳим қисмларидан бири бўлиб, зеро эшитув диққатсиз ўз нутқини назорат қилишга ўргатиб бўлмайди. Аввалига болани нутқ ритмини илғаш ва такрорлашга ўргатиш лозим: чапак чалиш, столга тақиллатиш ва ҳақозлар ёрдамида. Кейин кўзларни ёпган ҳолда турли овоз чиқарадиган ўйинчоқлар (барабан, гитара, сурнай, гармошка) овозларни таниш, шунингдек овоз келган томонни кўрсатиш. Кейинчалик турли хил баландликдаги товушларни бериш ва уларни аниқлаш машқлари ўтказилади. Ниҳоят боланинг эшитув диққати шу даражагача ривожлантириладики, бунда бола манқаланган ва тоза нутқни бемалол ажрата олади.

Нутқ аппаратини юқорида кўрсатилаган тайёр-гарлигидан кейин унли ва ундош товушларни нутқга қўйиш ва мустаҳкамлашга ўтилади [2].

Унли товушларни нутқга киритиш қуйидаги тартибда амалга оширилади: **а, о, э, у, й, и.**

Унлиларни тўғри ва тоза талаффуз қилишга қуйидаги усуллар орқали эришилади:

а) товушларни қаттиқ атакада талаффуз қилиш:

а, аа, ааа.....;

б) унлиларни бир, икки, уч, тўрт ва ҳақозо секунд паузалар билан талаффуз қилиш. Паузалар вақтида болага тилини танглай бурмаларига тираб туриш таклиф этилади: а-, а--, а---, а---,;

в) унлиларни қўшиб ва чўзиб талаффуз қилиш: аввал иккита, кейин, учта, кейин тўртта ва ҳақозо. ао __, аоэ _.

Унли товушларни шу йўл билан қўйиш орқали биз бир вақтда овоз ва нафасни оғиз орқали чиқарилишини ўргатамиз, эшитув диққати ва танглай бурмаларини фаоллаштирамыз.

Барча машқлар албатта ойна олдида ўтказилиб, бунда болалар ўз артикуляцияларни тўғрилигини назорат қила олишлари керак.

Шунингдек, нафасни бурун бўшлиғидан чиқаётганлиги текшириш учун бурунга кичик ойна ёки металл шпател тутилади

Ундош товушларни нутқга қуйиш қуйидаги тартибда амалга оширилади: **ф, в, л, п, б, т, д, м, н, к, з, с, з, х, ш, ж, ч, р, т.**

Ундош товушлар аввалига ёпиқ бўғинларда (аф), кейин очик бўғинларда ва кейин икки томонли унлилардан иборат очик бўғинларда (афа) мустаҳкамланади. Товушларни мустаҳкамлаш учун сўзлар танлашда аввалига ёпиқ бўғинли сўзларни танлаш мақсадга мувофиқ, чунки, юмшоқ танглай очик бўғинларга қараганда ёпиқ бўғинларда 1,5–3 марта кам кўтарилади.

Товуш бўғинларда мустаҳкамлангандан кейин, сўзлар, иборалар, гаплар, шеърлар ва кичик ҳикояларда мустаҳкамланади, шунингдек, жуфт ундошларни фарқлаш учун (в-ф, б-п, д-т) нутқий материаллар ҳам таклиф этилади.

Товушларни автоматлаштириш учун бундай материаллар кетма кетлиги барча товушлар учун берилади.

Бу материаллар билан ўқувчилар билан ишлаганда нафақат оғзаки, балки ёзма нутқ учун ҳам машқ қилиш лозим (эшитув диктантлари, кўчириб ёзиш, расмлар асосида гаплар тузиш ва ёзиш, ёд олинган топишмоқ, мақол, шеърларини ёддан ёзиш).

Юқорида келтирилган коррекцион – логопедик иш йўналишларидан турли нутқ камчилигига эга бўлган болалар билан олиб бориладиган машғул-лотларда ҳам қўллаш мумкин.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. Аюпова М.Ю. Логопедия. – Т.: Ўзбекистон файласуфлар миллий жамияти нашриёти, 2007, 2011. – 600 б.
2. Аюпова М.Ю., Арипова Ш.Д. Тўғри талаффуз қиламиз ва ёзамиз. Методик қўлланма. – Т.: Ўзбекистон файласуфлар миллий жамияти, 2015. – 236 б.
3. Жукова Н.С. Если Ваш ребенок отстаёт в развитии [Текст] / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова. – М.: Медицина, 1993. – 112 с.
4. Миронова С.А. Развитие речи дошкольников на логопедических занятиях. / С.А.Миронова – М.: Просвещение, 1991. – 208 с.
5. http://www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/children_disability_rights.pdf, 7–24 p.

Аннотация: Ушбу мақолада ринолалик болалар нутқи ва овозининг ўзига хос хусусиятлари, товушлар талаффузидаги камчиликлар ҳамда уларнинг намоён бўлиши келтирилган. Шунингдек, мақолада юмшоқ танглай ва артикуляцион аппаратни ривожлантириш учун айрим машқлар комплекси келтирилган.

Таянч сўзлар ва тушунчалар: ринолалия, мактабгача ёш, нутқий нуқсон, овоз, таълим-тарбия, коррекция, реабилитация, нафас, нутқий нафас, махсус таълим, органик, функционал, ринофония, нутқ.

Аннотация: Данная статья посвящена особенностям речи и голоса детей с ринолалией, недостаткам в произношении речи и их проявления. В статье также перечислены некоторые упражнения для разработки мягкого неба и артикуляционного аппарата.

Ключевые слова и понятия: ринолалия, дошкольной возраст, речевые нарушения, голос, образование и воспитание, коррекция, реабилитация, дыхание, речевое дыхание, специальное образование, органическое, функциональное, ринофония, речь.

Resume: This article is devoted to the features of speech and voice of rhinolalia children, the shortcomings in the pronunciation of speech and their

manifestations. The article also lists some exercises for developing soft palate and articulating apparatus.

Key words and concepts: rhinolalia, preschool age, speech disorders, voice, education and upbringing,

correction, rehabilitation, breathing, speech breathing, special education, organic, functional, rhinophony, speech.

УДК: 616.316-006-073.75

ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ: ТАКТИКА ЛУЧЕВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ



Сагатов Ш.Ш.¹, Ходжибекова Ю.М.², Акрамова Н.А.²

¹Ташкентская медицинская академия, ²Ташкентский государственный стоматологический институт

Опухоли слюнных желез встречаются относительно редко, составляя до 1% среди онкологических заболеваний. В 80% случаев они бывают доброкачественными. Подавляющее большинство доброкачественных образований – плеоморфные аденомы. Среди злокачественных образований преобладает аденокистозный рак, рак из плеоморфной аденомы, реже встречаются ацинарно-клеточный рак и миоэпителиальная карцинома. При этом каждый вид опухоли отличается своеобразной клинико-радиологической семиотикой.

Подострое течение и скудность клинической симптоматики при развитии опухолей слюнных желез приводят к тому, что большинство пациентов обращаются в клинику с уже выраженным опухолевым процессом. По данным ряда авторов, частота ошибок в диагностике опухолей околоушной слюнной железы данной локализации достигает 35%. Как показывает практика, эти ошибки связаны с объективными трудностями распознавания таких опухолей. Поэтому изучение диагностических особенностей опухолей слюнных желез является актуальной проблемой.

Цель исследования

Оценка возможности компьютерной и магнитно-резонансной томографии в выявлении образований слюнных желез.

Материал и методы

За период с 2017 года по настоящее время были проанализированы результаты обследования с использованием КТ и МРТ 27 больных с опухолями слюнных желез. Возраст пациентов – 20–77 лет. Опухоли слюнных желез чаще встречались у женщин (66%). КТ- и МРТ-исследования проводились в рентгенорадиологическом отделении филиала многопрофильной клиники ТМА (рис. 1, 2). КТ-исследование выполнялось на аппаратах Somatom Emotion 6 Slice (Siemens), МРТ – на аппарате Magnetom Open Viva – 0.2T

(Siemens). Все исследования осуществлялись в стандартных и дополнительных проекциях. 20 пациентам потребовалось выполнение КТ-исследования с контрастным усилением (препарат омнипако») для уточнения радиологической картины опухолевого процесса. С целью дифференциальной диагностики опухолей при МРТ в 9 случаях применялось контрастное усиление с препаратами гадолиния. Метод МРТ-исследования проводится в трех проекциях: аксиальной, фронтальной и сагиттальной. Параметры опухоли оцениваются по сигналам интенсивности: протонная плотность, взвешенные T1- и T2-изображения, время возбуждения и время релаксации. Используя неоднородность тканевых характеристик в разных режимах, при МРТ можно выявить различия между мышцами, опухолевой тканью и жировой клетчаткой.

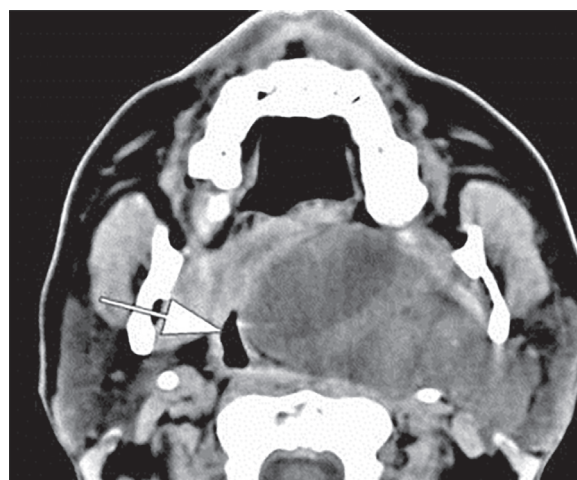


Рис. 1. Пациент С., 42 года. МСКТ-исследование в аксиальной проекции. Плеоморфная аденома левой околоушной железы с распространением в окологлоточное пространство.

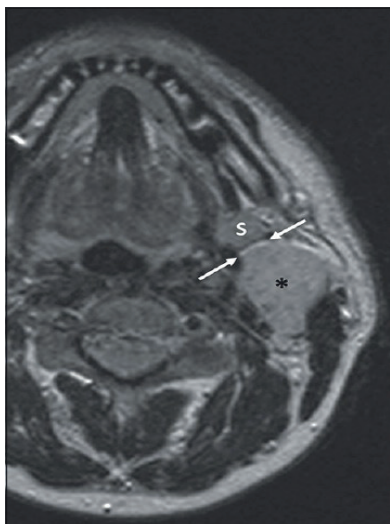


Рис. 2. Магнитно-резонансная томография без контрастного усиления у больного И., 41 год. Диагноз: Плеоморфная аденома подчелюстной слюнной железы.

Результаты

У 19 (70%) обследованных были диагностированы доброкачественные новообразования, у 8 (30%) – злокачественные опухоли. У 18 (97%) обследованных, то есть у подавляющего большинства, доброкачественные опухоли были представлены плеоморфной аденомой, у 1 (3%) больного диагностирована онкоцитома. Размеры опу-

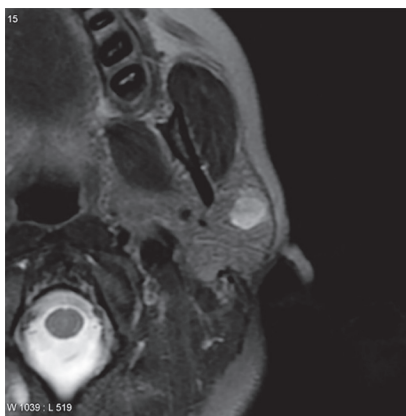


Рис. 3. На МРТ-снимке в аксиальной проекции, в режиме T2, представлено округлой формы гиперинтенсивное образование в наружных отделах левой околоушной слюнной железы с ровными контурами (плеоморфная аденома)

Проведенная МСКТ-сиалография позволяла более достоверно визуализировать распространенность деструктивных изменений в околоушной железе за счет пролиферации мягкотканого компонента опухоли в паренхиму. Во всех случаях протоковая система была деформирована, смещена, наблюдались обрывы протоков. Построение трехмерных конструкций позволило улучшить

холей составляли 5–10 см. В группу злокачественных новообразований вошли аденокистозный рак – у 3 (37,5%), рак из плеоморфной аденомы – у 2 (25%), аденокарцинома – у 1 (12,5%), аденомиоэпителиальная карцинома – у 1 (12,5%) и ацинарноклеточный рак – у 1 (12,5%) пациента. У 33,3% больных была III стадия, у 53,3% – IV стадия процесса.

Подавляющее большинство (70%) опухолей околоушной слюнной железы составляли смешанные опухоли, у которых имелись гипоинтенсивные очаги в T1-режиме и гиперинтенсивные сигналы в T2-режиме с миксоидными компонентами. В некоторых случаях при наличии некроза опухолевой ткани и кровоизлияний определялись комбинации интенсивности T1- и T2-сигналов.

Рецидивы плеоморфных аденом в обоих случаях характеризовались высокоинтенсивным сигналом в режиме T2 и были многофокусными (рис. 4). Злокачественные опухоли околоушной слюнной железы встречались не часто. КТ и МРТ не позволяли однозначно дифференцировать доброкачественные и злокачественные опухоли. Заподозрить злокачественное новообразование позволило лишь наличие инфильтрации окружающих тканей.

Рецидивы злокачественных опухолей в основном характеризовались изоинтенсивным МР-сигналом.

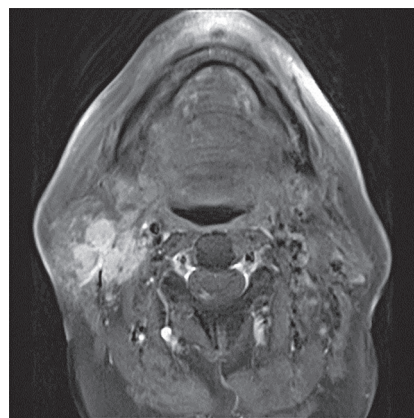


Рис. 4. На МРТ-снимке в аксиальной проекции, в режиме T1, представлено неправильной формы гиперинтенсивное образование в нижних отделах правой околоушной слюнной железы, солидной структуры, с неровными контурами (лимфома околоушной слюнной железы).

пространственное восприятие протоковой системы слюнных желез, более четко оценить топографо-анатомические характеристики опухоли.

При оценке показателей эффективности МСКТ-сиалографии в диагностике опухолей и опухолеподобных образований околоушной слюнной железы были получены следующие результаты: чувствительность – 100%; специфичность – 95,0%;

точность – 97,0%; прогностичность положительного результата – 95,0%; прогностичность отрицательного результата – 100%.

Выводы

1. КТ и МРТ на сегодняшний день не имеют альтернативы в диагностике опухолей слюнных желез, поскольку именно эти методы лучевой диагностики способны с высокой точностью оценить опухолевый процесс, особенно на ранних стадиях его развития.
2. Использование всего комплекса современных возможностей взаимодополняющих методов КТ и МРТ позволило нам детально определить все опухолевые процессы, что в свою очередь определило выбор адекватного хирургического доступа в каждом конкретном случае.

Литература

1. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований; Под ред. В.И. Чиссова. – М: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Минздрава России», 2010. – 543 с.
2. Вуйчик Н.Б., Буткевич А.Ц., Кунцевич Г.И. и др. Дифференциальная диагностика между острыми воспалительными и опухолевыми образованиями головы и шеи // Клини. мед. – 2008. – № 1. – С. 58–61.
3. Смысленова М.В. Методика ультразвукового исследования больших слюнных желез // Радиол. практика. – 2013. – № 2. – С. 61–69.
4. Соловьев Ю.Н. Опухоли костей: классификация, номенклатура, проблемы диагностики // Арх. пат. – 2003. – № 5. – С. 3–6.
5. Федяев И.М., Байриков И.М., Белова Л.П., Шувалова Т.В. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области. – Москва; Н. Новгород: Мед. книга, Изд-во НГМА, 2000. – 160 с.
6. Schade G. Use of Ensemble tissue harmonic imaging to improve the resolution in ultrasound investigations of the head and neck area // Laryngorhinootol. – 2002. – Vol. 81, № 6. – P. 413–417.

Abstract

Clinical evaluation and sonography of the patient

belong to the first stage of the examination of patients with an enlargement in the parotid region. The use of computed tomography and magnetic resonance imaging can vary significantly based on the degree of necessity to use a method that is decided by the maxillofacial surgeon. The radiological assessment of computed and magnetic resonance imaging images focuses on some important “reporting points” when assessing images of parotid sections, when an ultrasound scan is considered incomplete and requires further evaluation. The use of CT and MRI significantly not only improved the recognition of tumors of the near-pharyngeal space, but also made it possible to conduct differential diagnostics between them.

Key words: computed tomography, magnetic resonance imaging, nodular formations of the parotid gland, ultrasonography.

Резюме

Цель: оценка возможности компьютерной и магнитно-резонансной томографии в выявлении образований слюнных желез. **Материал и методы:** за период с 2017 года по настоящее время были проанализированы результаты обследования с использованием КТ и МРТ 27 больных с опухолями слюнных желез. Возраст пациентов – 20–77 лет. Опухоли слюнных желез чаще встречались у женщин (66%). **Результаты:** клиническая оценка и ультразвуковое исследование относятся к первому этапу обследования пациентов с увеличением околоушной области. Радиологическая оценка снимков компьютерной и магнитно-резонансной томографии фокусируется на некоторых важных «точках отчетности» при оценке изображений околоушных срезов, когда ультразвуковое исследование считается неполным и требует дальнейшей оценки. Выводы: применение КТ и МРТ не только значительно улучшало распознавание опухолей окологлоточного пространства, но и позволяло проводить дифференциальную диагностику между ними.

Ключевые слова: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, узловые образования околоушной железы, ультрасонография.