

STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2091-5845

№ 4
(81) 2020

30

Особенности эндотрахеального наркоза у детей при операциях в челюстно-лицевой области

52

Методы диагностики и лечения дисфункции височно-нижнечелюстного сустава

79

Подготовка имплантационного ложа в зависимости от особенностей гистоархитектоники костной ткани

«Stomatologiya» - илмий-амалий журнал

1998 йилда асос солинган

Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан

15 август 2007 йилда қайта рўйхатга олинган.

Гувоҳнома № 0289.

STOMATOLOGIYA

№ 4, 2020 (81)

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ЖУРНАЛ

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

ТАХРИРИЯТ МАНЗИЛГОҲИ:

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

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

Рекламани чоп қилиш ҳақ тўлаш йўли билан амалга оширилади.

Реклама матнининг тўғрилиги бўйича жавобгарлик реклама берувчи зиммасидадир.

Қўлёзмалар, суратлар ва расмлар тақриз қилинмайди ҳамда эгасига қайтарилмайди.

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

Бош муҳаррир: т.ф.д., проф. Нигматов Р.Н.
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.
Бекжанова О.Е., т.ф.д., проф.
Гасюк П.А. проф. (Украина).
Ғаффоров С.А., т.ф.д., проф.
Иноятлов 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.О., т.ф.д., проф.
Трунин В.А. (Россия), т.ф.д., проф.
Хабилов Н.Л., т.ф.д., проф.
Хасанов А.И., т.ф.д.
Юлдошев И.М. (Қирғизистон), т.ф.д., проф.

ТАХРИРИЯТ КЕНГАШИ

Абдукодиров 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. (Қозғистон), т.ф.д., проф.
Исмоилов М.М. (Фарғона)
Кисельникова Л.П. (Россия), т.ф.д., проф.
Қурбонов Ф.Р. (Хоразм)
Норбутаев А.Б. (Самарқанд)
Рузудинов С.Р. (Қозғистон), т.ф.д., проф.
Тоиров У.Т. (Тожикистон), т.ф.д., проф.
Тулаганов Б.О. (Тошкент вилояти)
Узакберганава У.А. (Нукус)
Усмонов Р.Р. (Андижон)
Хасанова Л.Э. (Тошкент), т.ф.д.
Худанов Б.О. (Тошкент), т.ф.д.
Юлдошев А.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

№ 4, 2020 (81)

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 и верстка: Г.Назирова
Компьютерный набор: 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)
Рузуддинов С.Р. (Казахстан), д.м.н., проф.
Тоиров У.Т. (Таджикистан), д.м.н., проф.
Туляганов Б.О. (Ташкентская обл.)
Узакберганаева 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.
Юлдашев А.А (Ташкент), т.ф.д.

ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИСТОРИЯ

- Ходжиакбарова Ш.Т., Камиллов Х.П.** Изучение местно-раздражающего действия нового отечественного стоматологического препарата в виде геля «Алнидент».....5
- Гаффоров С.А., Жолудев С.Е., Назаров У.К.** Изучение уровня, функционально-структурных состоянии тканей органов полости рта у лиц, занятых на Алмалыкском и Нижнетагильском металлоперерабатывающих производствах.....7

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

- Ибрагимова М.Х., Убайдуллаева Н.И.** Особенности клинического проявления ХРАС в орофарингиальной области при хроническом холецистите.....11
- Расулова М.М., Шербоева М.Х., Садилова И.Я., Охунжоновна Х.Х.** Клиническая оценка эффективности применения топической фаготерапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта.....14

ОРТОДОНТИЯ

- Нигматов Р.Н., Акбаров К.С., Нигматова И.М., Абдуганиева Н.А., Раззаков У.М.** Частота встречаемости перекрестного прикуса у детей сменного прикуса и оказание им стоматологической помощи.....16
- Муртазаев С.С., Махкамова К.Д., Тулаганов Б.Б.** Частота тесного положения фронтальных зубов нижней челюсти в периоде раннего сменного прикуса у детей.....19

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

- Азимов М., Азимов А.М.** Верификация одонтогенного остеомиелита челюстей на основе разработанной в ТГСИ классификации.....22
- Камалова Ф.Р., Эшонкулов Г.Т.** Диагностика и профилактика зубочелюстных аномалий и кариесогенной ситуации у детей, страдающих сахарным диабетом.....27
- Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т., Насретдинов З.Т., Эшбадалов Н.Х.** Особенности эндотрахеального наркоза у детей при операциях в челюстно-лицевой области.....30

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

- Абдукадыров А.А., Мухамедиева Ф.Ш., Абдукадыров Д.А.** Предоперационные ошибки хирургического лечения верхней микрогнатии ..32
- Нуритдинов У.А., Ризаева С.М., Рахманова О.А., Ризаева О.Н.** Планирование и проведение дентальной имплантации при сложных клинических условиях.....36
- Рахматуллаева О.У., Шомуродов К.Э., Олимжонов К.Ж.** Частота и характеристика течения воспалительных процессов ЧЛЮ после экстракции зубов у пациентов с сопутствующей патологии (гепатиты).....38

THE ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY AND HISTORY

- Khodjiakbarova Sh.T., Kamilov Kh.P.** Study of the local irritating effect of the new domestic dental gel form medication "Alnident"5

- Gafforov S.A., Zholudev S.E., Nazarov U.K.** Study of the level, functional and structural state of the tissues of the oral cavity in persons employed in the Almalyk.....7

THERAPEUTIC DENTISTRY

- Kibragimova M.Kh., Ubaydullaeva N.I.** Features of clinical manifestations of RAS in oropharyngeal area in the presence of chronic cholecystitis.....11

- Rasulova M.M., Sherbaeva M.H., Sadikova I.Ya., Okhunjonova H.H.** Clinical evaluation of effectiveness of topical phage therapy application in complex treatment of inflammatory periodontal diseases.....14

ORTHODONTICS

- Nigmatov R.N., Akbarov K.S., Nigmatova I.M., Abduganieva N.A., Razzakov U.M.** Frequency of crossbite occurrence in children with mixed dentition and providing them dental care.....16

- Murtazaev S.S., Makhkamova K.D., Tulaganov B.B.** Frequency of close position of the front teeth of the lower jaw in the period of early mixed dentition in children.....19

PEDIATRIC DENTISTRY

- Azimov M., Azimov A.M.** Verification of the jaws odontogenous osteomyelitis based on the classification developed in TSSI.....22

- Kamalova F.R., Eshonkulov G.T.** Diagnostics and prevention of dental anomalies and caries-induced situation in children with diabetes mellitus.....27

- Eshbadalov H. Yu, Makhkamova F.T., Nasretdinov Z.T., Eshbadalov N.H.** Specifics of endotracheal anesthesia in children during maxillofacial area operations.....30

AID FOR PRACTICING DOCTORS

- Abdukadyrov A.A., Mukhamedieva F.Sh., Abdukadyrov D.A.** Preoperative mistakes of surgical treatment of upper micrognathia.....32

- Nuritdinov U.A., Rizaeva S.M., Rakhmanova O.A., Rizaeva O.N.** Planning and implementation of dental implantation in complex clinical conditions..36

- Rakhmatullayeva O.U., Shomurodov K.E., Olimzhonov K.J.** Frequency and characteristics of the maxillofacial inflammatory processes course after tooth extraction in patients with comorbidities (hepatitis).....38

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

- Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х., Убайдуллаева Н.И., Камилова А.З.** Этиопатогенез, клиника и лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита при хроническом холецистите.....41
- Ибрагимова М.Х., Муродова З.У., Самадова Ш.И.** Красный плоский лишай полости рта. Клиника и лечение.....45
- Алимова Д.М., Абдуллаева М.Р. Бахрамова Ф.** Сурункали кайталанувчи афтоз стоматитнинг этиопатогенезига замонавий қарашлар.....48
- Аstonov O.M., Гаффаров С.А.** Методы диагностики и лечения больных с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава.....52
- Гаффаров С.А., Хамроев Ф.Ш., Кудашева В.Б.** Стоматологические и неврологические патологии у детей: этиопатогенетические аспекты их взаимосвязи и диагностика.....55
- Панцулая В.Г., Рахманова О., Ризаева С.М., Рахманова М.Г.** Немедленная имплантация – достижение первичной стабильности и её сохранности на долгие годы.....60
- Муртазаев С.С., Сайдалиев М.Н. Джалилова Ф.Р.** Стоматологик саломатлик ва соғлом турмуш тарзи.64
- Арипова Г.Э., Насимов Э.Э., Джумаева Н.Б., Кадыров Ж.М.** К вопросу о методах расширения верхней челюсти.....67
- Муртазаев С.С., Кучкарова М.К.** Возможности современной ортодонтии в диагностике и лечении аномалий зубочелюстной системы.....71
- Кодиров Д., Арсланов О.У.** Состояние перимплантационных тканей у пациентов с несъемными ортопедическими конструкциями с опорой на внутрикостные имплантаты.....75
- Хасанов Ш.М., Рахматова М.Х., Рахматов А.А.** Подготовка имплантационного ложа в зависимости от особенностей гисто-архитектоники костной ткани.....79
- Хасанов А.И., Мирахмедова Ш.М.** Комплексная терапия больных с хроническим заболеванием пародонта.....84

ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

- Хасанов С.А.** Кекса ёшда паратонзилляр ҳўппозни учраши.....91
- Махкамова Н.Э., Якубджанов Д.Д., Халмирзаев А.Д.** Туғма танглай кемтикли болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларнинг холати.....95
- Палванов Б.Б., Джаббаров Н.Н., Муминов С.Х.** Сравнительно клинко-морфологическая характеристика воспалительных заболеваний гортани.....97

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

- Хасанов А.И., Байходжаева Э.Б., Атавуллаев М.Ж., Болтаходжаева Л.М.** Проявления осложнения Covid-19 в средней зоны лица.....101

ПАМЯТЬ

- Рузуддинов Н.С., Рузуддинов С., Алтынбеков К.Д., Шаяхметова М.К., Рузуддинов Т.Б., Рузуддинова К.Н.** Профессор, доктор медицинских наук, ученый, педагог, общественный деятель, выпускник Ташкентского медицинского института Седунов А.А.....108

REVIEWS

- Kamilov H.P., Ibragimova M.H., Ubaydullayeva N.I., Kamilova A.Z.** Etiopathogenesis, clinical presentation and treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis in chronic cholecystitis.....41
- Ibragimova M.H., Murodova Z.U., Samadova Sh.I.** Lichen planus of the oral cavity. Clinical presentation and treatment.....45
- Alimova D.M., Abdullaeva M.R. Bahramova F.** The modern view on the RAS etiology and pathogenesis...48
- Astonov O.M., Gaffarov S.A.** Methods of diagnosis and treatment of patients with temporomandibular joint dysfunction.....52
- Gaffarov S.A., Khamroev F.Sh., Kuldashева V.B.** Stomatologic and neurologic pathologies in children: etiopathogenetic aspects of interrelation and diagnostic.55

- Pantsulaya G.V., Rakhmanova A., Rizaeva S.M., Rakhmanova M.G.** Immediate implant placement is the primary stability achievement and its preservation for many years.....60
- Murtazaev S.S., Saidaliev M.N. Jalilova F.R.** Dental health and healthy lifestyle.....64
- Aripova G.E., Nasimov E.E., Dzhumaeva N.B., Kadyrov J.M.** On the question of methods for expanding the upper jaw67
- Murtazaev S.S., Kuchkarova M.K.** Possibilities of modern orthodontics in the diagnosis and treatment of anomalies of the dentoalveolar system.....71
- Kodirov D., Arslanov O.U.** Condition of peri-implantitis tissues in patients with fixed prosthodontic structures supported by intraosseous implants.....75

- Khasanov Sh.M., Rakhmatova M.Kh., Rakhmatov A.A.** Preparation of the implantation bed depending on the features of bone histoarchitectonics.....79
- Khasanov A.I., Mirakhmedova Sh.M.** Complex therapy of patients with chronic periodontal disease.....84

THE PROBLEMS OF RELATED SPECIALITIES

- Hasanov S.A.** Incidence of paratonsillar abscesses in the elderly people91
- Mahkamova N.E., Yakubjanov D.D., Holmirzaev A.D.** Condition of the nasal cavity and paranasal sinuses in children with congenital cleft palate.....95
- Palvanov B.B. Jabbarov N.N., Muminov S.H.** Comparative clinical and morphological characteristics of inflammatory diseases of the larynx.....97

SURGICAL DENTISTRY

- Khasanov A. I., Baihodjoeva E. B., Atavullaev M.J., Boltakhodjaeva L.M.** Manifestations of the COVID-19 complication in the middle zone of the face.....101

MEMORY

- Ruzuddinov N.C., Ruzuddinov S., Altynbekov K.D., Shayakhmetova M.K., Ruzuddinov T.B., Ruzuddinova K.N.** Professor, doctor of medical Sciences, scientist, teacher, public figure, graduate of the Tashkent medical Institute Sedunov A.A.....108

ИЗУЧЕНИЕ МЕСТНО-РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА В ВИДЕ ГЕЛЯ АЛНИДЕНТ

Ходжиаббарова Ш.Т.¹, Камилов Х.П.²¹Узбекский научно-исследовательский химико-фармацевтический институт,²Ташкентский государственный стоматологический институт

Стоматит – воспаление слизистой оболочки рта, вызванное местными или системными факторами, которое может охватывать слизистую оболочку щек и губ, неба, языка, дна полости рта и десен. Наиболее распространенными причинами возникновения везикул и афт на слизистой полости рта являются травмы, инфекции, аутоиммунные процессы, опухоли. Особое место занимает идиопатический стоматит [1,3].

Нами изучено действие на кожу животных стоматологического препарата под условным названием алнидент. Термины, использованные для описания высыпаний на слизистой полости рта, соответствуют кожным элементам, в их основу положена оценка размеров и характера высыпаний:

- макулы (плоские и <1 см);
- пятна (плоские и > 1 см);
- папулы (пальпируются и <1 см);
- бляшки (пальпируются и > 1 см).

Термины «везикулы» и «буллы» используют для описания полостных элементов, наполненных экссудатом [2].

Афта (от лат., греч. «молочница») – небольшая язва круглой формы, с сероватым экссудатом, окруженное красным венчиком, характерное для рецидивирующего афтозного стоматита (РАС) [1].

Многофакторность развития заболевания, хронизация процесса, трудности в достижении позитивных результатов комплексного лечения, появление резистентных форм микроорганизмов требуют создания новых лекарственных препаратов для местного лечения поражений слизистой оболочки полости рта.

Поражения слизистой полости рта носят междисциплинарный характер, в лечение этой патологии должны быть вовлечены не только стоматологи, но и врачи самых разных специальностей [5,6].

В связи с этим актуальна разработка отечественного лекарственного препарата в виде геля для профилактики и комплексного

лечения воспалительных и дистрофически-воспалительных заболеваний ротовой полости.

Цель исследования

Изучение местно-раздражающего действия препарата алнидент – гель в эксперименте на морских свинках.

Стоматологический гель с условным названием алнидент («ал» – алоэ, «ни» – нимесулид, «дент» – дентальный) предназначен для лечения воспалительных стоматологических заболеваний.

Исследуемый препарат: алнидент – гель (оригинальный препарат).

Материал и методы

Листья алоэ древовидного содержат алоэмодин, сахара, алоэ смолу, производные антрацена, следы эфирного масла, смолистые вещества, янтарную кислоту, полисахариды, микроэлементы, сок богат ферментами, витаминами и обладает бактерицидным действием.

Цветки ромашки аптечной восстанавливают клетки организма и оказывают противовоспалительное действие. В составе лекарственной культуры содержатся: каротиноиды, холин, смолы, фитостерин, каротин, витамины группы В. Такой богатый состав обеспечивает болеутоляющее, противовоспалительное и антимикробное действие. С помощью ромашки можно успокоить зуд в ротовой полости, нейтрализовать неприятные запахи и ускорить восстановительные процессы. Ромашка оказывает противовоспалительное, седативное и анестезирующее действие, благодаря противовоспалительному эффекту ромашка получила широкое распространение в стоматологии. Благодаря такому составу биологически активных элементов предлагаемый гель оказывает на слизистую оболочку полости рта противовоспалительное, регенерирующее действие.

Местно-раздражающее действие препарата алнидент изучали нанесением препарата на неповрежденную кожу морских свинок.

Результаты

Для эксперимента использовали 6 белых морских свинок массой 300-350 г [2,3]. До проведения испытания у животных измеряли температуру тела, оценивали общее состояние, шерстяной покров кожи спины. За сутки до эксперимента на боковой поверхности туловища морских свинок по обеим сторонам от спинного хребта ножницами выстригали шерсть размером 4x4 см. На выстриженный участок кожи правой боковой поверхности туловища морских свинок наносили по 10 г/кг препарата алнидент, поверх которого накладывали салфетки. На левую

выстриженную боковую поверхность морских свинок наносили основу геля без активных субстанций. Время экспозиции – 4 часа. После острого (однократного) воздействия препаратов оценивали состояние кожного покрова при наблюдении через 1, 24 и 72 часа в баллах по системе классификации кожных реакций по ГОСТ Р ИСО 10993.10-99 [5].

Результаты

Через 1, 24 и 72 часа после нанесения препарата алнидент видимых изменений кожи опытного и контрольного участков не наблюдалось (табл.).

Таблица

Система классификации кожных реакций по ГОСТ Р ИСО 10993.10-99

Описание реакции	Оценка, балл	
	рекоменд.	Алнидент
Эритема и образование струпа		
Отсутствие	0	0
Очень слабая (слегка заметная)	1	-
Заметная	2	-
Умеренная	3	-
Выраженная (ярко-красная с образованием струпа)	4	-
Образование отека		
Очень слабый	0	0
Заметный	1	-
Умеренный	2	-
Выраженный	3	-
Максимально возможное количество баллов	8	-

Таким образом, исследования показали, что препарат алнидент при нанесении на кожу морских свинок раздражающего действия не проявляет.

Литература

1. Бурбелло А.Т., Шабров А.В. Современные лекарственные средства. – М., 2007. – С. 239.
2. Гуськова Т.А. Токсикология лекарственных средств. – М., 2008. – С. 27-30.
3. Лазовскис И.Р. 2668 клинических симптомов и синдромов. – М.: Фобос, 1999. – 295 с.
4. Стефанов А.В. Доклиническое исследование лекарственных средств. – Киев, 2002. – 91 с.
5. Хабриев Р.У. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. – М., 2005. – С. 695-700.
6. Wilhelmsen N.S.W., Weber R., Monteiro F. et al. Correlation between histocompatibility antigens and recurrent aphthous stomatitis in the brazilian population // Braz. J. otorhinolaryngol. (Impr.). – 2009. – Vol. 75, №3.

Цель: изучение местно-раздражающего действия препарата алнидент – гель в экс-

перименте на морских свинках. Материал и методы: местнораздражающее действие стоматологического геля с условным названием алнидент («ал» – алоэ, «ни» – нимесулид, «дент» – дентальный), предназначенного для лечения воспалительных стоматологических заболеваний, изучено на 6 морских свинках. Результаты: через 1, 24 и 72 часа после нанесения препарата алнидент видимых изменений кожи опытного и контрольного участков не наблюдалось. Выводы: препарат алнидент при нанесении на кожу морских свинок раздражающего действия не проявляет.

Ключевые слова: стоматит, местно-раздражающее действие препарата алнидент, эксперимент, морские свинки.

Maqsad: alvinant-gel preparatining lokal tirnash xususiyati ta'sirini dengiz cho'chqalariga o'tkazilgan tajribada o'rganish. Materiallar va usullar: yallig'lanishli tish kasalliklarini davolash uchun mo'ljallangan alnident («al» – aloe, «ni» – nimesulide, «dent» – dental) kodli tishli jelning mahalliy tirnash xususiyati ta'siri 6 dengiz cho'chqasida o'rganilgan. Natijalar: alnident preparatini qo'llaganidan 1, 24 va 72 soat o'tgach, tekshiruv va nazorat joylari terisida ko'rindigan o'zgarishlar kuzatilmadi. Xulosa: Alnident,

dengiz cho'chqalarining terisiga qo'llanganda, bezovta qiluvchi ta'sir ko'rsatmaydi.

Kalit so'zlar: stomatit, alnident preparatining lokal tirnash xususiyati ta'siri, tajriba, dengiz cho'chqalari.

Purpose: To study the local irritating effect of the drug alnident - gel in an experiment on guinea pigs. Material and methods: The local irritating effect of a dental gel with the code name alnident («al» – aloe, «ni» – nimesulide, «dent» – dental),

intended for the treatment of inflammatory dental diseases, was studied on 6 guinea pigs. Results: 1, 24 and 72 hours after the application of the alnident preparation, no visible changes in the skin of the test and control areas were observed. Conclusions: Alnident, when applied to the skin of guinea pigs, does not exhibit an irritating effect.

Key words: stomatitis, local irritating effect of the drug alnident, experiment, guinea pigs.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-82>

УДК: 616.314-02-616.314-07: 613.155

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНО-СТРУКТУРНОГО СОСТОЯНИЯ ТКАНЕЙ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА У ЛИЦ, ЗАНЯТЫХ НА АЛМАЛЫКСКОМ И НИЖНЕТАГИЛЬСКОМ МЕТАЛЛОПЕРЕРАБАТЫВАЮЩИХ ПРОИЗВОДСТВАХ



¹Гаффоров С.А., ²Жолудев С.Е., ¹Назаров У.К.

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей, ²ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ,

Значение изучения состояния полости рта (ПР) в физиологии и патофизиологии организма человека огромно. Защитная функция органов и тканей ротовой полости формируется как реакция, направленная на поддержание нормальной деятельности дыхательной и пищеварительной системы. В частности адекватным раздражителем рецепторов тканей РП является воздушная среда, особенно ее химический состав, запыленность мелкими дисперсными соединениями, температура и влажность. Наряду с этим, проблема возникновения стоматологических заболеваний под воздействием смесей вредных веществ, изучена далеко не полностью [1-3].

Цель исследования

Изучение стоматологического статуса, уровня и структуры стоматологической заболеваемости и патогенетических механизмов функционально-структурных поражений органов и тканей РП у рабочих Алмалыкского горно-металлургического комбината (АГМК, 2-я группа) и Нижнетагильского металлургического комбината (НТМК, 3-группа) для обоснования планирования и разработки методов профилактики, лечения, определение потребности работающих в стоматологической помощи.

Материал и методы

Обследованы 1120 человек, в том числе 818 рабочих 2-х изученных промышленных предприятий и 302 человека контрольной группы (жителей города Ташкенту, 1-я гр.). Большинство обследованных были в возрасте 35-44 лет, 79,5% рабочих имели стаж работы 11-15 лет. Стоматологический

статус рабочих оценивали на основании карты ВОЗ (1997), при диагностике заболеваний пародонта и заболеваний слизистой оболочки рта (СОР) пользовались классификацией ММСИ (1983).

Для выяснения характера и степени воздействия комплекса вредных веществ на органы и ткани РП рабочих определяли электрочувствительность зуба, болевую и дискриминационную чувствительность СОР, порог вкусового восприятия и функциональной мобильности вкусовой рецепции языка; микротвердость эмали и дентина, микроэлементный состав зубов, слюны, крови, волосы методом нейтронной активации. Полученный материал сравнивали со стандартными образцами МАГАТЭ Н-4 и НН-1.

Для гигиенической оценки производственных условий и уровней загрязнения вредными веществами воздуха рабочей зоны заводскими лабораториями и учреждениями санэпидслужбы в 2015-2018 гг. проводились лабораторные исследования. При оценке результатов использованы региональные нормативные и методические документы, утвержденные МЗ РУз и МЗ РФ. Данные санитарно-гигиенических и клинико-функциональных исследований обрабатывались методом статистической обработки по Стьюденту.

Результаты и обсуждение

На всех изученных производствах среди рабочих, а также в контрольной группе, распространенность кариеса была очень высокой: на АГМК – 88%, на НТМК – 88,6%, в контрольной группе – 86,2%. Среди рабочих и среди лиц контрольной группы распространенность кариеса увели-

чивалась с возрастом. Наибольшая пораженность среди рабочих АГМК выявлена в группе 45 лет и старше (97,1%), на НТМК – в группе 35-44 года и старше 45 лет (по 96,8%), в контрольной группе в этом возрасте распространенность кариеса не превышала 88,5%. Наибольшая частота кариеса на основных производствах среди рабочих со стажем 11-15 лет: 93,8-95,3%. Интенсивность кариеса возрастала с возрастом. Выявлено, что кариозные зубы у женщин встречаются чаще, чем у мужчин: на АГМК соответственно в 41,1 и 33,3%, на НТМК – в 37,2 и 32,82. Среди лиц контрольной группы женщин составляли 36,5%, мужчины – 41,6%.

Установлено, что поражения зубов химическим некрозом на АГМК наблюдались у 22,4%, на НТМК – у 24%, причем выявляемость была примерно одинаковой как у мужчин, так и у женщин: его частота увеличивалась с возрастом и стажем работы.

Патологическая стираемость зубов встречалась у 26% рабочих на обоих предприятиях, а в контрольной группе выявлялась гораздо реже. Генерализованные формы патологической стираемости зубов у рабочих увеличивались возрастом: более характерны для группы рабочих со стажем работы 1-5 лет (на АГМК – до 75%, на НТМК – до 77,7%), с увеличением стажа работы наблюдается переход локализованной формы в генерализованную с максимальными показателями у рабочих со стажем работы 16 лет и больше.

Механические повреждения эмали зубов выявлены у 34,3% рабочих АГМК и у 26% – НТМК, в контрольной группе – у 7,8%. Частота этой патологии также увеличивалась с возрастом и стажем работы. Частота отложений зубных камней у рабочих была выше, чем в контрольной группе: соответственно 44,3 и 56% против 37,9%, увеличиваясь с возрастом.

На всех заводах большая часть рабочих страдали пародонтитами: 69,9% на АГМК. Гингивиты встречались у 31,3% на НТМК, пародонтозы – у 19,6% на АГМК. Распространенность гингивитов на АГМК оказалась в 3,5 раза, а на НТМК – почти в 2 раза выше, чем у лиц контрольной группы (16,3%). У рабочих частота поражения гингивитами увеличивалась с возрастом, а наиболее высокие показатели регистрировались в возрастной группе 30-44 года: на АГМК – у 43,7%, на НТМК – у 50,2%, а при стаже работы 6-10 лет и 11-15 лет – соответственно у 42,06, 34,10%. По мере увеличения стажа работы частота гингивитов снижалась, но наблюдалась тенденция к росту генерализованной его формы.

Частота заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) у рабочих всех изученных заводов оказалась примерно одинаковой (в пределах 36,1-38,7%), но была значительно выше, чем у лиц контрольной группы, среди которых она встреча-

лась всего у 7,9%. У обследованных нами рабочих изученных производств обычно наблюдается лейкоплакия профессионального происхождения с особым расположением ее различных элементов (пятен, бляшек, эрозий) на фоне помутнения СОПР. Можно предполагать, что помутнение СОПР является первой защитной реакцией ткани на хроническое раздражение. Довольно часто у рабочих выявлялись заболевания, сопровождающиеся повышением ороговения покровного эпителия лейкокератозами (до 8,94%), которые встречались у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин.

На всех изученных заводах среди рабочих были лица, нуждающиеся в протезировании (от 43,5 до 54,6%), а также с наличием зубных протезов (от 27,1 до 31,4%). Удельный вес рабочих, не нуждающихся в протезировании, колебался от 18,2 до 25,0%, а рабочих с деформациями прикуса – от 8,0 до 15,3%. Число рабочих, которые не нуждались в протезировании, с возрастом и стажем работы, как правило, уменьшалось, а лиц с зубными протезами и нуждающихся в протезах, возрастало, так как эти два показателя тесно взаимосвязаны.

По результатам электроодонтометрии выявлено резкое снижение порога возбудимости зубов у рабочих 2-й и 3-й групп по сравнению с 1-й группой ($p < 0,001$), при этом для различных функционально ориентированных зубов амплитуда снижения была неодинаковой: на молярах и клыках до 6 раз, на резцах – в 4 раза. У лиц со стажем более 10 лет отмечалась тенденция к снижению чувствительности на молярах (54,8 мкА), резцах (31,3 мкА), клыках (36,6 мкА). А порог болевой чувствительности слизистой вестибулярной поверхности альвеолярного отростка в области 4, 6 зубов с небной стороны был значительно снижен по сравнению с 1-й группой ($p < 0,01$); изменения этого показателя у 2 зуба оказались статистически недостоверными.

При определении дискриминационной чувствительности у рабочих 2-й и 3-й групп она оказалась пониженной на всех участках ($p < 0,01$), причем выявлена существенная разница в показателях слизистой десны и щеки. У рабочих 2-й группы были обнаружены жалобы на нарушения вкусовых ощущений и установлено снижение вкусовой чувствительности: повышение порога вкусовых ощущений на кислое (на 31,2%) и горькое (на 25%), понижение порога на сладкое (на 53,1%) и соленое (на 59,4%).

У рабочих, занятых на АГМК, выявлены изменения послойной направленности микротвердости эмали зубов, так как ее прочность у поверхностного слоя и в толще эмали отличается незначительно, причем у дентиноэмалевого соединения отмечалась наиболее низкая твердость. Если величину микротвердости различных слоев эмали зубов контрольной группы принять за 100%, то у

рабочих АГМК она была ниже: в поверхностном слое – на 13%, в толще эмали – на 11,8%, а у дентинно-эмалевого соединения, напротив, повышена на 1,2%.

Также установлено, что у рабочих изученных производств в слюне увеличивается активность кислой фосфатазы (КФ) и снижается активность щелочной фосфатазы (ЩФ), что связано с воздействием вредной мелкодисперсной пыли, влияющей на фосфорную и карбонатную буферные системы, что нарушает гомеостаз слюны.

Изучение микроэлементного состава эмали, дентина и цемента зубов методом нейтронной активации у 26 рабочих 2-й группы, 19 рабочих 3-й группы, а также у 31 обследованного 1-й группы, показали, что микроэлементы, обнаруженные в

твердых тканях зубов, на изученных предприятиях различаются как по качественному, так и по количественному составу. Например, содержание серебра в эмали у рабочих 2-й и 3-й групп было близко к таковому в 1-й группе. В дентине у рабочих 2-й и 3-й групп серебро отсутствовало, еще больше отличались от содержания серебра в цементе: в 1,8 и 4,4 раза (табл.).

Содержание кальция в эмали зубов во 2 и 3-й группах было выше, чем в 1 – й группе. В отличие от эмали, в дентине содержание кальция имело тенденцию к снижению: у рабочих 2-й группы – в 1,4 раза, 3-й – почти в 8 раз. Такая же тенденция наблюдалась и при определении содержания кальция в цементе зубов у обследованных рабочих.

Таблица

Содержание Ca, Zn, Fe, Ag в зубах, слюне, крови у рабочих АГМК (числитель) и НГМК (знаменатель), мкг/г

Объект исследования	Микроэлемент	Контроль	Рабочие
Кровь	Ca ⁺²	10,9±0,71	<u>12,6±0,7</u> 11,2±0,51
	Zn	112,0±10,6	<u>89,6±5,1*</u> 76,4±4,52*
	Fe	124,0±6,4	<u>100,8±2,61*</u> 96,0±4,1*
	Ag	0,24±0,01	<u>0,22±0,01*</u> 0,20±0,01*
Слюна	Ca ⁺²	8,31±0,29	<u>8,8±0,21</u> 7,72±0,61
	Zn	30,8±1,46	<u>62,8±1,87*</u> 74,6±3,78*
	Fe	88,4±3,1	<u>74,6±3,18*</u> 62,1±2,78
	Ag	0,08±0,004	<u>0,09±0,001*</u> 0,06±0,001
Эмаль	Ca ⁺²	25,3±1,48	<u>29,5±1,13*</u> 30,8±1,36
	Zn	185,0±11,3	<u>5361,0±261,0*</u> 3763,0±131,0*
	Fe	32,0±1,41	<u>4,4±0,33*</u> 63,1±0,86*
	Ag	2,2±0,01	<u>1,45±0,22*</u> 1,45±0,02
Дентин	Ca ⁺²	36,0±1,6	<u>4,5±0,91*</u> 29,8±1,4
	Zn	368,0±19,4	<u>5173,1±98,6*</u> 3881,0±144,0*
	Fe	-	<u>≤1,0</u> -
	Ag	0,56±0,01	<u>-</u> -
Цемент	Ca ⁺²	26,0±0,91	<u>2,99±0,32*</u> 24,8±0,84
	Zn	92,0±3,6	<u>2351,0±49,0*</u> 3036,2±131,4*
	Fe	0,1±0,001	<u>0,98±0,01*</u> 471,8±42,1*
	Ag	0,27±0,01	<u>0,51±0,013*</u> 1,24±0,23*

Примечание. * – Достоверные отличия от контроля.

Содержание цинка в эмали зубов рабочих 2-й и 3-й групп было резко увеличено, причем у рабочих 2-й группы этот показатель превышал контроль в 17 раз. В дентине зубов содержание цинка у рабочих всех групп значительно превышало его контрольное значение (соответственно в 17 и 12 раз). В цементе зубов у рабочих 2-й и 3-й групп отмечалось значительное увеличение его содержания (в 4-11 раз).

Микроэлементный состав волос был изучен у 62 рабочих АГМК с определением в них 17 микроэлементов. Исследования показали, что в волосах у рабочих присутствуют эссенциальные (кальций, кобальт, хром и железо) и токсические (сурьма, уран) элементы, в то же время отмечается уменьшение содержания жизненно необходимого элемента меди, что может привести к ухудшению состояния здоровья.

Исследованиями установлено, что воздух рабочей зоны во многих цехах изученных производств загрязнен вредными химическими веществами: так, в воздухе количество мелкодисперсной пыли превышало ПДК в 1,7 раза, серной кислоты – в 8-15%, метанола – в 6%, фурфурола – в 8%, металлической пыли, углеводов, ацетона, бензола, фенола, формальдегида, аммиака, соединений кремния, пыли металлов и др. – в 4-10 раз.

Выводы

1. Удельный вес основных стоматологических заболеваний и потребность в ортопедической помощи у рабочих изученных производств достаточно высоки; распространенность и интенсивность этих заболеваний неодинаковы у мужчин и женщин; удельный вес, как правило, возрастает с возрастом и стажем работы:

- функциональные показатели и неспецифическая реактивность тканей ротовой полости у рабочих нарушены, отмечается снижение порога возбудимости зубов и околозубных тканей, порога болевой, вкусовой и дискриминационной чувствительности, выявляются изменения микротвердости эмали и дентина зубов, нарушается макро- и микроэлементный состав зубов и волос, что связано с загрязнением рабочей зоны:

- в основных цехах АГМК и НТМК воздух рабочей зоны загрязнен комплексом вредных химических веществ, в том числе смесями веществ 1-го и 2-го классов опасности, в зависимости от характера продукции, используемой технологии, наличия и эффективности работы имеющихся санитарно-технических устройств.

2. На АГМК и НТМК необходимо разработать лечебно-профилактические мероприятия с учетом условий на рабочих местах.

Литература

1. Бекметов М.В. и др. Профессиональное заболевание слизистой оболочки полости рта и губ. – Ташкент, 2004. – 335 с.

2. Gafforov S.A., Otabaev Sh.T., Olimov S.Sh. Ecological stability, dentistry and human health. – Tashkent, 2014. – 330 p.

3. Gafforov S.A. et al. Prevention of occupational disease of mining and metallurgical complex workers according to the principles of PPPM // Proc. ICECRS. – 2020. – Vol. 6. – P. 1-3.

Цель: изучение стоматологического статуса, уровня и структуры стоматологической заболеваемости и патогенетических механизмов функционально-структурных поражений органов и тканей РП у рабочих Алмалыкского горно-металлургического комбината (АГМК, 2-я группа) и Нижнетагильского металлургического комбината (НТМК, 3-группа) для обоснования планирования и разработки методов профилактики, лечения, определение потребности работающих в стоматологической помощи. Материал и методы: обследованы 1120 человек, в том числе 818 рабочих 2-х изученных промышленных предприятий и 302 человека контрольной группы (жителей города Ташкенту, 1-я гр.). Большинство обследованных были в возрасте 35-44 лет, 79,5% рабочих имели стаж работы 11-15 лет. Результаты: у рабочих нарушены функциональные показатели и неспецифическая реактивность тканей полости рта, отмечаются снижение порога возбудимости зубов и околозубных тканей, порога болевой, вкусовой и дискриминационной чувствительности, изменения микротвердости эмали и дентина зубов, нарушается макро и микроэлементный состав зубов и волос. Выводы: полученные данные могут служить основой для разработки методов патогенетической профилактики и лечения выявленных стоматологических заболеваний.

Ключевые слова: металлоперерабатывающая промышленность, стоматологическая заболеваемость рабочих, функционально-структурное строение органов полости рта, производственные вредности.

Maqsad: olmaliq kon-metallurgiya kombinati (AGMK, 2-guruh) va Nijniy Tagil metallurgiya kombinati (NTMK, 3-guruh) ishchilarining stomatologik holatini, stomatologik kasallanish darajasi va tuzilishini hamda RP organlari va to'qimalarining funktsional va strukturaviy shikastlanishlarining patogenetik mexanizmlarini o'rganish. profilaktika, davolash, stomatologik yordam ishchilarining ehtiyojlarini aniqlash usullarini rejalashtirish va ishlab chiqish. Materiallar va usullar: 1120 kishi tekshirildi, shu jumladan o'rganilgan 2 ta sanoat korxonalarining 818 nafar ishchilari va nazorat guruhining 302 nafari (Toshkent shahri aholisi, 1-guruh). So'ralganlarning aksariyati 35-44 yoshda, 79,5% ishchilar 11-15 yillik ish stajiga ega. Natijalar: ishchilarda og'iz bo'shlig'i to'qimalarining funktsional parametrlari va o'ziga xos bo'lmagan reaktivligi buzilgan, tishlar va periodontal

to'qimalarning qo'zg'aluvchanlik chegarasi pasaygan, og'riq, ta'm va kamsituvchi sezgirlik chegarasi, tishlarning emal va dentin mikrohardligi o'zgargan, tish va sochlarning makro va mikroelement tarkibi buzilgan. Xulosa: olingan ma'lumotlar patogenetik profilaktika va aniqlangan tish kasalliklarini davolash usullarini ishlab chiqish uchun asos bo'lib xizmat qilishi mumkin.

Kalit so'zlar: metallni qayta ishlash sanoati, ishchilarning stomatologik kasalligi, og'iz bo'shlig'i organlarining funktsional va tuzilmaviy tuzilmalari, ishlab chiqarish uchun xavfli.

Purpose: To study the dental status, level and structure of dental morbidity and pathogenetic mechanisms of functional and structural lesions of organs and tissues of RP in workers of the Almalyk Mining and Metallurgical Combine (AGMK, group 2) and Nizhny Tagil Metallurgical Combine (NTMK, group 3) to justify planning and developing methods of prevention, treatment, determination of the needs

of workers in dental care. Material and methods: 1120 people were examined, including 818 workers from 2 studied industrial enterprises and 302 people from the control group (residents of the city of Tashkent, 1st group). Most of the surveyed were aged 35-44 years, 79.5% of workers had 11-15 years of work experience. Results: Workers have impaired functional parameters and nonspecific reactivity of the oral cavity tissues, there is a decrease in the excitability threshold of teeth and periodontal tissues, a threshold for pain, taste and discriminatory sensitivity, changes in the micro hardness of enamel and dentin of teeth, the macro and microelement composition of teeth and hair is disturbed. Conclusions: The obtained data can serve as a basis for the development of methods for pathogenetic prevention and treatment of identified dental diseases.

Key words: metal processing industry, dental morbidity of workers, functional and structural structures of the oral cavity organs, industrial hazards.

Терапевтическая стоматология

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-83>

УДК: 616.366-003.7-06+ 616.31-002.157.2

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА В ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ



Ибрагимова М.Х., Убайдуллаева Н.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) – это воспаление слизистой оболочки полости рта (СОПР), которое проявляется афтами округлой или овальной формы, характеризуется длительным течением, частыми рецидивами, часто сочетается с заболеваниями желудочно-кишечного тракта [5].

Афты при ХРАС, по разным данным, встречаются на слизистой оболочке щеки (45,6%), переходной складке (45%), кончике и боковой поверхности языка (6,1%-14%), подъязычной области (4%-7%), верхней и нижней губы (41,2%), мягком небе (2%) [6]. Иногда пациенты жалуются на появление хронических рецидивирующих афт, расположенных в задней части полости рта, небных дужках, задних отделах мягкого неба, то есть в орофарингеальной области, вблизи язычка. Необычное расположение афт сочетается с необычной формой элемента поражения. Некоторые люди имеют сильную генетическую предрасположенность к этому заболеванию [7].

Пациенты обращаются за помощью в период

обострения. Появление афт, выраженный болевой синдром, апатия, нарушение сна, головная боль, канцерофобия в конечном итоге приводят к снижению качества жизни пациентов [1].

К факторам, провоцирующим рецидивы ХРАС? следует отнести травмы СОПР, переохлаждение, болезни печени, желчного пузыря, стрессы. Лечение ХРАС, расположенной в орофарингеальной области, представляет большие трудности, особенно при сочетании с хроническим холециститом [3].

Заболевание характеризуется воспалительной реакцией СОПР, развитием болезненных афт и эрозий, полиморфизмом клинических проявлений и стойкостью к лечению [4].

Поскольку на слизистой оболочке полости рта и в кишечнике имеется бактериальная флора, антитела могут ошибочно атаковать эпителиальные клетки слизистой оболочки полости рта в связи со сходством антигенной структуры [2].

Цель исследования

Изучение клинических проявлений хрониче-

ского рецидивирующего афтозного стоматита в орофарингеальной области у больных хроническим холециститом

Материал и методы

Под наблюдением были пациенты (основная группа) с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом орофарингеальной области легкой, среднетяжелой и тяжелой степенями тяжести на фоне хронического холецистита. Больные были разделены на 3 группы. 42 человека с ХРАС без хронического холецистита (группа сравнения) получали традиционное лечение; у 54 пациентов ХРАС, сочетанным с хроническим холециститом (основная группа) проводилось комплексное лечение. Контрольную группу составляли 20 здоровых лиц.



Рис.1. Пациент М., 42 лет. В орофарингеальной области отмечается афта размером 1,2-1,5 см с гиперемированным ободком.



Рис.2. Пациент А., 57 лет. На фоне гиперемии отмечается эрозивно-язвенные поражения неправильной формы, с некротическим налетом. Отмечается иктеричный оттенок слизистой оболочки полости рта.

Особое место в симптоматике ХРАС занимает болевой синдром и жжение, в связи с чем в комплекс местного лечения мы ввели аппликационное обезболивание афтозных поражений 2% раствором лидокаина. Для удаления некротического налета использовали аппликации теплого раствора протеолитического фермента (трипсин), всем больным проводили антисептическую обработку 0,05% раствором хлоргексидина, антибактериальный препарат метрогил дента, в качестве кератопластического средства применяли масляный

раствор витамина А.

В основной группе пациентов для антисептической обработки хронического рецидивирующего афтозного стоматита, расположенного в орофарингеальной области, мы использовали препарат бактизидим в виде спрея и раствора. Антисептическое средство бактизидим предназначено для гигиены полости рта. Спрей (30 мл) и раствор (50 мл) бактизидима содержат гексетидин, масло мяты перечной, масло эвкалиптовое, ментол. Препарат используется для антисептического полоскания полости рта и ротоглоточной области. Местную обработку проводили 2-3 раза в день, спрей распыляли на афтозные поражения, для полоскания брали 2 чайные ложки раствора, разбавляли ¼ стаканом теплой воды. Курс лечения – 10 дней.

Применялись клинические, микробиологические, иммунологические и статистические методы. Клиническими методами определяли общее состояние организма, регионарных лимфатических узлов, цвет слизистой оболочки полости рта, наличие афт, налета. Цвет слизистой оболочки полости рта орофарингеальной области гиперемированный, при обострении хронического холецистита цвет слизистой оболочки принимал иктеричную окраску.

Результаты и обсуждение

Элементы поражения локализовались на орофарингеальной области. Все больные ХРАС предъявляли жалобы на болезненные элементы поражения в виде афт и эрозий, боль и жжение, особенно при приеме пищи. При первичном обследовании ГИ ОНІ-S в группе сравнения в среднем составил $2,20 \pm 0,15$; в основной группе – $2,36 \pm 0,13$ ($p \leq 0,05$), в контрольной – $1,85 \pm 0,01$.

Санация полости рта, удаление зубных отложений и налетов, лечение кариозных зубов, дефектов зубов и пломб проводились во время ремиссии. У пациентов основной группы достоверно увеличилось количество грамотрицательных микробов, относящихся к роду эшерихии и протей. Среди анаэробной группы микробов почти в 2 раза снизилось количество лактобактерий. Доказано, что у больных ХРАС, особенно при сочетании его с хроническим холециститом, по сравнению с контролем значительно снижалась и функция неспецифической защиты слюны, что проявлялось в уменьшении титра лизоцима в 1,9 раза, показателя фагоцитоза – в 1,7 раз, уровня секреторного иммуноглобулина А – в среднем в 2,7.

Таким образом, клинически ХРАС в орофарингеальной области при хроническом холецистите проявляется чаще в среднетяжелой и тяжелой форме. Разработанное комплексное лечение оказывает положительное влияние на регенеративные процессы слизистой оболочки полости рта, что, видимо, связано с нормализацией микробиоценоза полости рта, уменьшением неблагоприятного влияния патогенных микроорганизмов, а также продуктов их жизнедеятельности на факторы местной

неспецифической защиты.

Литература

1. Булкина Н.В., Токмакова Е.В., Мелешина О.В., Ломакина Д.О. Современные аспекты патогенеза и комплексной терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита // Фундамент. исследования. – 2012. – №4-1. – С. 30-33.
2. Гализина О.А. Основные аспекты возникновения, клинических проявлений, лечения и профилактики хронического рецидивирующего афтозного стоматита // Клин. иссл. РСЖ. – 2014. – №6. – С. 39-42.
3. Ибрагимова М.Х., Камилова С.Р. Состояние микробиоценоза и местного иммунного статуса больных ХРАС при хроническом калькулезном холецистите // Актуальные проблемы стоматологии: Материалы 5-1 Междунар. науч.-практ. конф. – СПб, 2019. – С. 86-92.
4. Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х. Оценка эффективности комплексного лечения больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом // Мед. журн. Узбекистана. – 2016. №3. – С. 2-4.
5. Косюга С.Ю., Кленина В.Ю., Ашкинази В.И. Анализ структуры сопутствующей общесоматической патологии у пациентов с рецидивирующим афтозным стоматитом // Соврем. пробл. науки и обр. – 2015. – № 1 (ч. 1).
6. Успенская О.А. Этиопатогенетическое обоснование терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне урогенитальной инфекции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2015. – 32 с.
7. Wong B.J.W., Cheung W.Sh., Campbell K.M. Aphthous stomatitis major in a 4-month-old infant // J. Emerg. Med. – 2018. – Vol. 55, №6. – P. 157-158.

Цель: изучение клинических проявлений хронического рецидивирующего афтозного стоматита в орофарингеальной области у больных хроническим холециститом. Материал и методы: под наблюдением были пациенты с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом орофарингеальной области легкой, среднетяжелой и тяжелой степенями тяжести на фоне хронического холецистита. Результаты: после комплексного лечения, которое включало санацию полости рта, удаление зубных отложений и налетов, лечение кариозных зубов, дефектов зубов и пломб, достоверно увеличилось количество грамотрицательных микробов, относящихся к роду эшерихии и протей. Среди анаэробной группы микробов почти в 2 раза снижалось количество лактобактерий. Вывод: клинически ХРАС в орофарингеальной области при хроническом холецистите проявляется чаще среднетяжелой и тяжелой формами. Разработанное комплексное лечение оказывает положительное влияние на регенеративные процессы СОПР.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий

афтозный стоматит орофарингеальной области, хронический холецистит, лечение.

Maqsad: surunkali xoletsistit bilan og‘rigan bemorlarda orofaringeal mintaqada surunkali takroriy aftöz stomatitning klinik ko‘rinishini o‘rganish. Materiallar va usullar: surunkali xoletsistit fonida orofaringeal mintaqaning surunkali takroriy aftöz stomatitlari bo‘lgan bemorlar kuzatildi. Natijalar: og‘iz bo‘shlig‘ini sanitariya qilish, tish blyashka va blyashka olib tashlash, tish tishlarini davolash, tish nuqsonlari va plomba bilan davolashni o‘z ichiga olgan kompleks davolashdan so‘ng, Escherichia va Proteus turiga mansub grammusbat mikroblar soni sezilarli darajada oshdi. Anaerob mikroblar guruhida laktobakteriyalar soni deyarli 2 baravar kamaydi. Xulosa: klinik jihatdan, surunkali xoletsistitda orofaringeal mintaqadagi HRAS ko‘pincha o‘rtacha va og‘ir shakllarda namoyon bo‘ladi. Rivojlangan kompleks davolash og‘iz mukozasining tiklanish jarayonlariga ijobiy ta‘sir ko‘rsatadi.

Kalit so‘zlar: orofaringial mintaqaning surunkali takroriy aftöz stomatiti, surunkali xoletsistit, davolash.

Purpose: To study the clinical manifestations of chronic recurrent aphthous stomatitis in the oropharyngeal region in patients with chronic cholecystitis. Material and methods: Under observation were patients with chronic recurrent aphthous stomatitis of the oropharyngeal region of mild, moderate and severe severity on the background of chronic cholecystitis. Results: After complex treatment, which included sanitation of the oral cavity, removal of dental plaque and plaque, treatment of carious teeth, dental defects and fillings, the number of gram-negative microbes belonging to the genus Escherichia and Proteus significantly increased. Among the anaerobic group of microbes, the number of lactobacilli decreased by almost 2 times. Conclusion: Clinically, HRAS in the oropharyngeal region in chronic cholecystitis is more often manifested in moderate and severe forms. The developed complex treatment has a positive effect on the regenerative processes of the oral mucosa.

Key words: chronic recurrent aphthous stomatitis of the oropharyngeal region, chronic cholecystitis, treatment.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТОПИЧЕСКОЙ ФАГОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Расулова М.М., Шербоева М.Х., Садикова И.Я., Охунжонова Х.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Многолетние исследования отечественных и зарубежных авторов доказали, что ведущим этиологическим фактором в развитии заболеваний тканей пародонта являются пародонтопатогенные бактерии [1-5]. Большая часть этих бактерий представлена анаэробами, которые отличаются высокой адгезивностью, инвазивностью и токсичностью. Представители пародонтопатогенных бактерий объединены в так называемый «красный комплекс», который включает в себя *Actinobacillus actinomycetem comitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticula* [2,4].

Для антисептической обработки пародонтальных карманов и раневых поверхностей российские стоматологи наиболее часто применяют 0,05% и 0,2% растворы хлоргексидина биглюконата, 3% раствор перекиси водорода [1,3]. Зарубежные коллеги используют 0,5% бетадин, 0,5% хлорамин, а также 0,2% хлоргексидин в виде раствора и геля [2]. Это антисептики широкого спектра действия, они эффективны в отношении большинства бактерий, грибов и вирусов. В домашних условиях пациентам чаще всего назначают самостоятельные полоскания 0,05% раствором хлоргексидина в составе различных эликсиров.

Несмотря на доказанную клиническую эффективность, и антисептики, антибиотики имеют ряд недостатков, которые могут выражаться как в недостаточно эффективном действии (резистентность пародонтопатогенов, формирование устойчивых штаммов микроорганизмов), так и в выраженных побочных действиях [5].

Для борьбы с патогенами полости рта с доказанной ролью в развитии воспалительных заболеваний полости рта при участии российских микробиологов на базе НПП «Микромир» (Москва) создан препарат Фагодент, зарегистрированный в 2013 г. как профилактическое средство.

В связи с этим представляется интересным изучить воздействие средства на основе бактериофагов на пародонтопатогены в качестве альтернативы антибактериальным препаратам местного и общего действия при воспалительных заболеваниях пародонта.

Цель исследования

Повышение качества комплексного лечения больных с различными формами воспалительных заболеваний пародонта на основе использования рациональных методик топической фаготерапии.

Материал и методы

Для решения поставленных задач проанализированы данные комплексного стоматологического обследования и результаты лечения 99 больных с воспалительными заболеваниями пародонта (ВЗП) (62 женщины и 37 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет) – жителей г. Андижана (74,5%) и Андижанского региона (25,5%).

Результаты исследования

Как показало клиническое обследование, исходно показатели гигиенических и пародонтологических индексов у больных с ВЗП отражали плохой уровень гигиены полости рта по индексу ОНI-S ($3,54 \pm 0,25$), наличие гингивита средней степени тяжести (РМА= $51,3 \pm 5,21$), высокую степень кровоточивости десен по индексу РВI ($2,54 \pm 0,19$), среднетяжелую степень поражения пародонта по индексу РI ($2,04 \pm 0,15$), высокую потребность больных в пародонтологическом лечении (СРITN= $2,18 \pm 0,16$).

Как показали микробиологические исследования, до лечения состав бактериальной флоры у пациентов с ВЗП был представлен *Streptococcus* sp. – $39,3 \pm 2,7\%$, анаэробными микроорганизмами (*Lactobacillus* sp., *Fusobacterium* sp., *Veillonella* sp. и др.) – $31,7 \pm 1,5\%$; *Staphylococcus* sp. – $19,5 \pm 1,3\%$, грибами рода *Candida* – $4,3 \pm 0,5\%$, *Enterobacterium* sp. и *Corynebacterium* sp. – соответственно $3,2 \pm 0,25$ и $2,0 \pm 0,3\%$.

По данным ПЦР-диагностики пародонтопатогенные микроорганизмы выявлены у $73,6 \pm 4,5\%$ обследованных. Показатели общей микробной обсемененности биоматериала до лечения составили в среднем 105 КОЕ/мл. Констатирована высокая чувствительность выделенных микроорганизмов к действию препарата Секстафар: у *Streptococcus* sp. – 93,5%, у *Staphylococcus* sp. – 89,6%, у *Escherichia coli* – 83,4%.

По завершении лечебного курса фиксировали положительные изменения анализируемых клинических показателей. Так, после проведенного лечения по оригинальным методикам фаготерапии у пациентов наблюдалось достоверное снижение показателей всех оценочных индексов: ОНI-S (снижение на 80,1% при $p < 0,001$), РМА (снижение на 75,9% при $p < 0,001$), РВI (снижение на 68,1% при $p < 0,05$), РI (снижение на 42,8% при $p < 0,05$). Различия в показателе индекса СРITN до начала и по завершении курса лечения также были статистически значимыми (снижение на 45,6% при $p < 0,05$), что свидетельствовало об эффективности

лечебного комплекса, включающего применение препарата

Секстафаг в виде монотерапии или в комбинации с антибактериальным препаратом, проводимой по оригинальным методикам. После проведенного лечения у больных пародонтитом, в терапии которых использовалась комбинированная фаготерапия, в 5,2% случаев фиксировали появление эрозивных элементов на слизистой оболочке десны. Субъективная оценка проводимой терапии была положительной: больные хорошо переносили лечение, в ходе фаготерапии отмечали инертные органолептические свойства Секстафага, акцентировали внимание на удобстве применения фагопрепарата с помощью индивидуальной зубодесневой капы и ирригатора для полости рта.

Положительная динамика клинических индексов коррелировала с позитивными изменениями микробиологических показателей. Так, в биоматериале у пациентов с ВЗП после курса фаготерапии достоверно реже определяли представителей факультативно-анаэробной и аэробной микрофлоры полости рта: *Streptococcus* sp. (снижение на 32,4%, $p < 0,001$), *Staphylococcus* sp. (снижение на 25,6%, $p < 0,05$), *Corynebacterium* sp. (снижение на 19,6%, $p < 0,01$). Достоверно уменьшилась (на 62,6%, $p < 0,05$) частота выявления грибов рода *Candida*. По завершении лечения обсемененность биоматериала *Lactobacillus* sp., *Veillonella* sp. и *Fusobacterium* sp. не превышала показателей нормы, а такие условно-патогенные микроорганизмы, как *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* и *Escherichia coli* в содержимом пародонтальных карманов не определялись. Общая микробная обсемененность биоматериала после топической фаготерапии достоверно ($p < 0,05$) снижалась до 10^3 КОЕ/мл – практически на два порядка меньше, чем до лечения, а по результатам ПЦР-диагностики, пародонтопатогенные виды бактерий определялись лишь у 7,5% пациентов (у 73,6% до лечения).

Результаты оценки антимикробной активности препарата Секстафаг при совместном применении с различными лечебно-профилактическими зубными пастами методом титрования в жидких питательных средах по Аппельману показали, что комбинирование Секстафага с пастами, содержащими в своем составе такие активные ингредиенты, как хлоргексидин и фторид олова, в 16,6% приводило к снижению антимикробных свойств фагопрепарата до титра 10^{-10} (при исходном титре фагопрепарата 10^{-5}) в отношении стафилококкового, стрептококкового и эшерихиозного компонентов комплексного препарата. Такая же закономерность прослеживалась при оценке антимикробной активности фагового препарата по методу Грация, когда концентрация активных фаговых частиц при комбинировании с гомогенатами паст снижалась соответственно на 62,7 и 48,1%.

Выводы

1. Эффективность комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта с использованием лечебных программ, основанных на различных методиках топического применения фагопрепарата в виде монотерапии (при лечении гингивита) или в комбинации с антибактериальным препаратом (при лечении пародонтита), подтверждена достоверными результатами клинических и микробиологических исследований, свидетельствующими о нормализации основных гигиенических и пародонтальных индексов на фоне восстановления локального микробиоценоза в тканях пародонта по завершению курса лечения.

2. При составлении рациональных лечебно-гигиенических программ для больных с воспалительными заболеваниями пародонта учитывали эффекты лекарственного взаимодействия фаговых препаратов с некоторыми активными антибактериальными ингредиентами, входящими в состав продуктов гигиены полости рта.

Литература

1. Бондаренко Е.А., Гилева О.С., Либик Т.В. и др. Комплексная оценка влияния зубных паст на слизистую оболочку полости рта и красную кайму губ (клинико-социологическое исследование) (Ч. I) // Институт стоматологии. – 2008. – №1. – С. 26-28.
2. Желудева Я.В., Кудрявцева А.В., Чубатова С.А. и др. Фаготерапия воспалительных процессов в тканях пародонта // Актуальные вопросы вакцинно-сывороточного дела в XXI веке: Сб. науч. тр. – Пермь, 2003. – С. 264.
3. Функнер Е.В. Микробиологические и технологические аспекты разработки комплексного препарата бактериофагов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2007. – 24 с.
4. Claffey N. New attachment and tissue regeneration // Int. Dent. J. – 1992. – Vol. 42, №2. – P. 71-77.
5. Kutter L., De Vos D., Gvasalia G. et al. Phage therapy in clinical practice: treatment of human infections // Curr. Pharmac. Biotech. – 2010. – №11. – P. 69-86.

Клиническая оценка эффективности применения топической фаготерапии в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта

Расулова М.М., Шербоева М.Х., Садикова И.Я., Охунжонова Х.Х.

Цель: повышение качества комплексного лечения больных с различными формами воспалительных заболеваний пародонта на основе использования рациональных методик топической фаготерапии. Материал и методы: для решения поставленных задач проанализированы данные комплексного стоматологического обследования и результаты лечения 99 больных с воспалительными

ми заболеваниями пародонта (ВЗП) (62 женщины и 37 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет) – жителей г. Андижана (74,5%) и Андижанского региона (25,5%). Результаты: эффективность комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта с использованием лечебных программ, основанных на различных методиках топического применения фагопрепарата в виде монотерапии (при лечении гингивита) или в комбинации с антибактериальным препаратом (при лечении пародонтита), была подтверждена достоверными результатами клинических и микробиологических исследований, свидетельствующих о нормализации основных гигиенических и пародонтальных индексов на фоне восстановления локального микробиоценоза в тканях пародонта. Выводы: при составлении рациональных лечебно-гигиенических программ для больных с воспалительными заболеваниями пародонта следует учитывать эффекты лекарственного взаимодействия фаговых препаратов с некоторыми активными антибактериальными ингредиентами, входящими в состав продуктов гигиены полости рта.

Ключевые слова: фаготерапия, пародонт, воспалительная заболевания, бактериофаги, микробиоценоз.

РЕЗЮМЕСИ. Фаготерапия юқори самардорликка эга биотерапиянинг истиқболли йўналишларидан бири бўлиб, юқумли ва яллиғланиш хусусиятидаги кўплаб касалликларни даволашда қўлланилади. Бактериофаглар - катталиги 20 га яқин бактерия вируслари, антибиотиклардан фарқли ўларок, патоген флора вакиллариға қарши юқори таъсирга эга, организмнинг турли хил био-

топларининг табиий микробиоценозини бузмайди, контрэндиқацияға эға эмас, улардан фойдаланиш ён таъсирнинг минимал хавфи билан бирга келади.

Бундай тадқиқотлар клиник пародонтит учун назарий ва амалий қизиқиш уйғотиши мумкин, бу турли хил фармакологик ва физиотерапия режимларининг комбинацияси, оғиз гигиенаси воситалари ва усуллари, протезлаш технологиялари ва бошқаларға асосланган ПЯК ни даволашда комплекс ёндашувнинг муҳимлигини белгилайди.

Калит сўзлар: фаготерапия, пародонтит, яллиғланиш касалликлари, бактериофаглар, микробиоценоз.

SUMMARY. Phagotherapy as one of the promising areas of biototherapy with high efficiency is used in the treatment of many diseases of an infectious and inflammatory nature. Bacteriophages - bacteria viruses of about 20 in size, unlike antibiotics, have a high specificity of action against representatives of the pathogenic flora, do not violate the natural microbiocenosis of various biotopes of the body, have no contraindications, their use is accompanied by a minimal risk of side effects.

Such studies can be of theoretical and practical interest for clinical periodontics, which determines the importance of an integrated approach to the treatment of IPD based on a combination of various pharmacological and physiotherapy regimens, rational selection of oral hygiene products and methods, prosthetics technologies and others.

Key words: phage therapy, periodontium, inflammatory diseases, bacteriophages, microbiocenosis.

Ортодонтия

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-85>

УДК: 616.314.26-031.49-039.4]-616.314-082.3-053.4/.5

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПЕРЕКРЕСТНОГО ПРИКУСА У ДЕТЕЙ СМЕННОГО ПРИКУСА И ОКАЗАНИЕ ИМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ



Нигматов Р.Н., Акбаров К.С., Нигматова И.М. Абдуганиева Н.А., Раззаков У.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Перекрестная окклюзия является аномалией смыкания зубных рядов в трансверсальном направлении, распространенность которой неодинакова в различных возрастных периодах: у детей и подростков. Среди всех зубочелюстных аномалий ее частота колеблется от 0,39 до 1,9% (Хорошилкина Ф.Я., 1999), увеличиваясь у взрослых до 3%. В то же время И.И. Ужумецкене (1969, 1970), Ф.Я.

Хорошилкина (1982) указывают на то, что трансверсальные аномалии смыкания зубных рядов являются следствием несоответствия размеров, формы и положения зубных рядов или челюстных костей, что позволяет выделять три формы «перекрестной окклюзии» в зависимости от ее этиологии: зубоальвеолярную, суставную и гнатическую, причем распространенность суставной формы

составляет 77% (Barker J.H. et al., 1991; Johnston M.C., Bronsky P.T., 1991; Rodgers S.F., Eppley B.L., Nelson C.L., 1991; Tallents R.H. et al., 1991). Каждая форма перекрестной окклюзии может быть односторонней и двусторонней, симметричной и асимметричной. Другие авторы (Биша Г.Я., Ширика З.П., 1975) указывают, что в период прикуса постоянных зубов число детей с асимметрией зубных рядов уменьшается с 72-84 до 15-17%.

Диагностика нарушений зубочелюстной системы у пациентов с трансверсальной резцовой окклюзией – достаточно сложный процесс, поскольку данная аномалия окклюзии является полиэтиологической и сопровождается морфологическими и функциональными изменениями зубов, зубных рядов и окклюзии. Ведущим клиническим симптомом данной аномалии является несовпадение межрезцовой линии, в области верхних и нижних зубов, а также и со срединной линией лица. Несовпадение может быть симметричным и асимметричным. Смещение межрезцовой линии более чем на 4 мм относится к числу тяжелых аномалий зубочелюстной системы и, по мнению экспертов, ВОЗ (1985), требует длительного ортодонтического, а чаще комплексного лечения.

Цель исследования

Определение частоты встречаемости перекрестного прикуса у детей в период сменного прикуса в г. Ташкенте и планирование оказания ортодонтической стоматологической помощи.

Материал и методы

С 2014 г. по настоящее время было проведено стоматологическое обследование 2284 (из них 1115 мальчиков и 1169 девочек) детей общеобразовательной школы №18 М. Улугбекского района г. Ташкента в возрасте от 6 до 14 лет.

Для определения стоматологического статуса обследованных школьников проводили клинические исследования и функциональные пробы, при необходимости выборочно, в поликлинических условиях выполняли антропометрические и ТРГ-метрические измерения. С помощью специальных функциональных проб изучали особенности смещения нижней челюсти (устанавливали направление и причину смещения), функции дыхания, жевания, глотания и речи. Исследование анатомической деформации органов зубочелюстной системы проводилось по общепринятым методикам с учетом возрастных особенностей, а углубленные дополнительные исследования и ортодонтическое лечение – в поликлинике ортодонтии Ташкентского государственного стоматологического института.

Результаты и обсуждение

Анализ полученных результатов показал, что распространенность аномалий и деформаций у детей со сменным прикусом очень высока и составляет, по нашим данным, 62,87% (1436 детей). Но, несмотря на высокий процент распространенно-

сти аномалии и деформаций зубов, зубных рядов и прикуса, стоматологическая, в том числе ортодонтическая помощь, охватывает не более 6,93% таких детей.

Зубочелюстные аномалии и деформации прикуса выявлены у 638 из 1496 обследованных детей, скученность зубов и зубных рядов диагностирована у 110, транспозиция зубов – у 84, тремы между зубами – у 63, диастема – у 68, тортоаномалия – у 53, вторичная адентия – у 149, раннее удаление молочных зубов – у 122, сужение зубной дуги – у 44, укороченная уздечка языка – у 45, укороченная уздечка верхней губы – у 42, нижней губы – у 18.

Из числа 638 детей с выявленными зубочелюстными аномалиями прикуса прогнатический прикус наблюдался у 182 (28,52%), прогенический прикус – у 165 (25,86%), глубокий прикус – у 108 (16,92%), открытый прикус – у 85 (13,32%), перекрестный прикус – у 98 (15,36%).

У значительного числа обследованных имелось сочетание аномалий и положения зубов с патологией прикуса, а также нескольких видов аномалий прикуса одновременно.

У 98 детей с перекрестным прикусом имелись дефекты звукопроизношения, что привело к появлению бокового сигматизма. При этом боковые края языка не прилегали к коренным зубам, воздушная струя проходила не по средней линии языка, а через боковую щель.

Для установления достоверности и приемлемости в клинику ортодонтии Ташкентского государственного стоматологического института мы провели анализ заднепередних (прямых) телерентгенограмм головы по 42 показателям у 15 детей 6-14 лет с ортогнатическим прикусом и 17 детей того же возраста с перекрестным прикусом, выявленным при стоматологическом обследовании в школе. Метод прямой телерентгенографии головы избран нами как объективный способ оценки вариаций размеров черепа в вертикальной и горизонтальной измерительной плоскости. В качестве основных были взяты две плоскости симметрии: горизонтальная, проходящая через точки пересечения косых орбитальных линий с наружными краями латеральных стенок орбит (Lat), и вертикальная – срединная медиана черепа, проходящая через основание петушьего гребня, точки N и Sna. За срединную точку отсчета линейных величин была принята точка пересечения этих плоскостей (O). Вертикальная асимметрия оценивалась по углам инклинации, образованным горизонтальной плоскостью и линиями Go-Go, Ke-Ke, Ko-Ko, а также по расстоянию между горизонтальной плоскостью и латеральными точками этих линий. Асимметрия в трансверсальной плоскости учитывалась по углу, образованному срединной медианой, и перпендикуляру, восстановленному из точки “O” и, кроме того, по отклонению латеральных точек от срединной медианы (рис). Результаты исследования

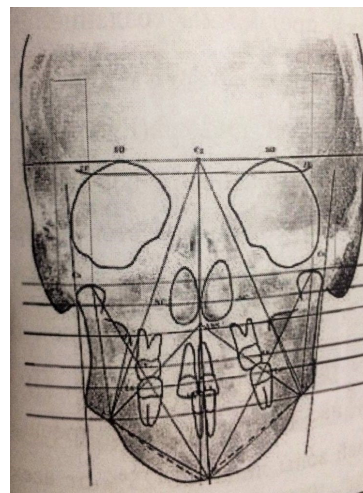
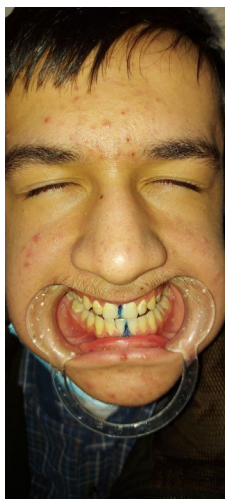


Рис. Больной Ш., 13 лет. Перекрестный прикус (а); контуры ТРГ черепа в прямой проекции с точечными параметрами рентгеноцефалометрического анализа на схеме (б)

показали, что максимальным показателем асимметрии лица для лиц с ортогнатическим прикусом, по нашим данным, явилась величина $\pm 2,5$ о. При перекрестных прикусах таким показателем служила величина ± 5 о. Полученные данные позволяют считать условным пределом физиологической асимметрии величину $\pm 2,5$ о, показатель выше ± 5 о расценивать как признак патологической асимметрии, а асимметрию в пределах от $\pm 2,5$ до ± 5 о считать допустимой или относительной и расценивать как тенденцию к патологической асимметрии.

Своевременное выявление и проведение комплексного лечения и профилактических мероприятий являются залогом успешного устранения зубочелюстных аномалий и деформаций зубного ряда у детей.

Полученные данные необходимо учитывать врачам-ортодонтам и логопедам при построении коррекционно-педагогической работы. Только совместная деятельность специалистов медицинского и педагогического профиля позволит своевременно и эффективно устранить анатомические нарушения в строении органов, участвующих в артикуляции, и корректировать челюстно-лицевое развитие организма детей в целом.

Литература

1. Водолацкий М.П. Ортодонтия. – Ставрополь, 2005. – С. 26-28.
2. Козырева О.А. Организационно-методические вопросы логопедической работы с детьми, имеющими общее недоразвитие речи //Прак. психол. и логопед. – 2014. – №1. – С.46-55.
3. Нигматова И.М. Диагностика, лечение и профилактика вторичных деформаций зубочелюстной системы в сменном прикусе: Автореф. дис. ... д-ра философии (PhD) мед. наук. – Ташкент, 2019. – 42 с.
4. Нигматов Р.Н., Рузметова И.М., Нигматова Н.Р., Юлдашев О.Т. Распространенность аномалий и деформации зубочелюстной системы у де-

тей сменного прикуса г. Ташкента // Приоритеты фармации и стоматологии – от теории к практике: Сб. материалов 4-й науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Алматы, 2015. – С. 16-17.

5. Рузметова И.М., Шамухамедова Ф.А., Раззаков У.М. Распространенность дислалии у детей г. Ташкента // Актуальные проблемы стоматологии: Респ. науч.-практ. конф. – Нукус, 2018. – С. 86-87.

6. Хорошилкина Ф.Л. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфологические нарушения челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М., 2006. – С. 226-232.

Цель: определение частоты встречаемости перекрестного прикуса у детей в период сменного прикуса в г. Ташкенте и планирование оказания ортодонтической стоматологической помощи. **Материал и методы:** с 2014 г. по настоящее время было проведено стоматологическое обследование 2284 (из них 1115 мальчиков и 1169 девочек) детей общеобразовательной школы №18 М. Улугбекского района г. Ташкента в возрасте от 6 до 14 лет. **Результаты:** распространенность аномалий и деформаций у детей со сменным прикусом очень высока и составляет 62,87%, однако стоматологическая, в том числе ортодонтическая помощь, охватывает не более 6,93% таких детей. Залогом успешного устранения зубочелюстных аномалий и деформаций зубного ряда у детей является своевременное их выявление и проведение комплексного лечения и профилактических мероприятий. **Выводы:** своевременно и эффективно устранить анатомические нарушения в строении органов, участвующих в артикуляции, и корректировать челюстно-лицевое развитие организма детей в целом позволит совместная деятельность специалистов медицинского и педагогического профиля.

Ключевые слова: дети, сменный прикус, перекрестный прикус, ортодонтическая помощь.

ЧАСТОТА ТЕСНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ФРОНТАЛЬНЫХ ЗУБОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У ДЕТЕЙ В ПЕРИОДЕ РАННЕГО СМЕННОГО ПРИКУСА



Муртазаев С.С., Махкамова К.Д., Тулаганов Б.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Зубочелюстные аномалии и деформации, распространенность которых варьирует в пределах 35,3-95,5%, характеризуются наиболее тяжелыми клиническими проявлениями в случае формирования патологического соотношения зубных рядов [1,5]. Скученное, или тесное положение фронтальных зубов, нарушая эстетическую гармонию лица, является одним из ранних признаков недоразвития челюстей, сужения и укорочения зубного ряда [2,3,4].

Скученное положение зубов фронтальных (СПФЗ) затрудняет гигиенический уход за зубами, что ведет к развитию заболеваний пародонта и кариозного процесса в этих зубах [6].

В специальной литературе имеются лишь единичные сообщения о распространенности СПФЗ нижней челюсти. Знания о частоте базируются на небольшом объеме наблюдений за детьми, что не позволяет судить о числе лиц, у которых происходит саморегуляция. По некоторым данным, в 80-90% случаев скудное положение фронтальных зубов нижней челюсти переходит из периода сменного прикуса в постоянный.

Цель исследования

Изучение эпидемиологической частоты и морфологической характеристики тесного положения фронтальных зубов нижней челюсти.

Задачи исследования:

1. Провести эпидемиологическое обследование детей в периоде раннего сменного прикуса для выявления зубочелюстных аномалий.

2. Выявить морфологические изменения в зависимости от степени тяжести тесного положения фронтальных зубов.

Материал и методы

Нами осмотрены 697 детей в возрасте 6-8 лет, посещающих подготовительные группы детских садов и начальные классы школ Мирзо-Улугбекского района г. Ташкента (табл.).

При определении аномалии отдельных зубов и зубных рядов пользовались классификацией Д.А. Калвелиса [2]. Степень тяжести СПФЗ нижней челюсти определяли по классификации Н.Г. Снагиной и соавт. [8]. Для изучения частоты скудного положения зубов на фронтальном участке нижней челюсти на каждого ребенка заполнялась специально разработанная карта.

Таблица

Распределение детей в зависимости от возраста, количества скудных зубов и степени скученности, абс. (%)

Возраст, лет	Число обследованных	Тесное положение зубов	Степень скученности
6	107	27 (25,2)	I-15 (55,5); II-12 (44,4); III-0; IV-0
7	315	141 (44,7)	I-5 (36,1); II-64 (45,3); III-21 (14,8); IV-5 (3,5)
8	275	125 (45,4)	I-68 (24,7); II-39 (14,1); III-14 (5,0); IV-4 (1,4)
Итого	697	293 (42,0)	I-134 (19,2); II-115 (16,4); III-35 (5,0); IV-9 (1,2)

I степень: нарушенная форма зубного ряда при равномерно тесном положении резцов и недостатке места в зубной дуге до 3 мм (рис. 1). II степень: неправильное положение одного резца – поворот по оси, налегание на рядом стоящий зуб, изменение наклона в язычном или вестибулярном направлении, недостаток места до 3 мм, преимущественно в области аномалийно расположенного зуба (рис. 2). III степень: неправильное положение резцов сочетается с изменением формы зубного ряда на фронтальном участке в виде его уплощения.

Недостаток места для резцов составляет от 3 до 5 мм (рис. 3). IV степень: выраженная патология при вытеснении двух или более резцов в сочетании со значительным уплощением фронтального участка и недостаточностью апикального базиса. Эта степень клинически проявляется в виде уплощенного и истонченного альвеолярного отростка, наклона коронок зубов над уровнем базальной дуги челюсти, яркой архитектоники альвеол и межальвеолярных перегородок. Недостаток места для передних зубов превышает 5 мм (рис. 4).



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.

Результаты и обсуждение

В результате обследования скученное положение фронтальных зубов нижней челюсти диагностировано у 293 из 697 осмотренных детей ($42,0 \pm 2,1\%$). Частота аномалий увеличивалась с возрастом и не зависела от пола ребенка, что явилось основанием для последующего объединения мальчиков и девочек в единую группу.

Степень тяжести СПФЗ в каждой возрастной группе была различной. У детей 6 лет установить тяжесть аномалий не представлялось возможным, так как большинство из них находились в начальном периоде смены зубов, имея один или два прорезавшихся резца нижней челюсти и очевидный недостаток места в зубной дуге для остальных.

У детей 7 лет I степень СПФЗ имели 36,1%, II – 45,3%, III – 14,8%, IV – 3,5%. У 55,3% детей степень тяжести не определялась.

В группе 8-летних детей тяжесть СПФЗ не установлена у 54,6%. I степень тяжести СПФЗ имели 24,77%, II – 14,17%, III – 5,0%, IV – 1,47%.

Для оценки морфологических изменений скученного положения зубов во фронтальном отделе нижней челюсти изучалось положение резцов, мезиальный и латеральный наклон, смещение в язычную и губную сторону, поворот по оси.

Выводы

1. Среди детей 6 лет с I степенью тяжести наиболее часто выявлялся поворот центральных резцов по оси – у 12-14, частота которого увеличивалась с возрастом, 7 лет – у 19-25, 8

лет – у 12-22. Также имело место увеличение количества случаев поворота боковых резцов по оси. Смещение боковых резцов в язычную сторону чаще наблюдали у семилетних детей с I степенью тяжести СПФЗ. Дистальный наклон боковых резцов выявлялся преимущественно у детей 7-8 лет с I степенью тяжести.

2. Скученное положение фронтальных зубов в 6 лет имеют 25,2%, в 7 лет – 44,7%, в 8 лет – 45,4%. Самое большое количество тяжелых случаев выявлено у детей 8 лет. Все это диктует необходимость активного наблюдения за детьми в период раннего сменного прикуса у детского стоматолога или ортодонта.

3. При диагностике СПФЗ, а также для прогнозирования тяжести его развития информативным считаем использование методов биометрического исследования (измерения в полости рта и на диагностических моделях челюстей для определения недостатка места во фронтальном участке нижней челюстей, величины зубной дуги, степени сужения).

4. Дети, завершившие ортодонтическое лечение (включая ретенционный период), нуждаются в постоянном наблюдении (минимум 2 раза в год), чтобы выявить и устранить ранние признаки рецидива, особенно в период прорезывания постоянных клыков и 37, 47 зубов;

5. В связи с недостаточной нагрузкой на жевательный аппарат у детей со СПФЗ в период сформированного молочного и раннего сменного прикуса обязательное включение в пищевой рацион твердых продуктов питания

(овощи, фрукты).

Литература

1. Муртазаев С.С. Клинико-биометрическая, рентгенологическая характеристика и лечение скученного положения фронтальных зубов нижней челюсти: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004.

2. Петров А.А. Оценка роста и развития пациентов со скученным положением зубов: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 99 с.

3. Рыбакова Т. А. Клинико-рентгенологическая и реопародонтографическая характеристика тесного положения фронтальных зубов нижней челюсти: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1983. – 139 с.

4. Распространенность аномалии и деформации зубочелюстной системы у детей сменного прикуса г.Ташкента.//Р.Н. Нигматов, И.М. Рузметова, Н.Р.Нигматова, О.Т.Юлдашев / Приоритеты фармации и стоматологии – от теории к практике. Сб. мат. IV науч.-практ. конф. с международным участием. Алматы, (Казахстан).- 2015.- С. 16-17.

5. Снагина Н.Г. Методы диагностики и устранения тесного положения зубов у детей. – М., 1982. – С. 94-100.

6. Hafez H.S., Shaarawy S.M., Al-Sakiti A.A., Mostafa Y.A. // Amer. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2012. – Vol. 142, №4. – P. 443-450.

Цель: изучение эпидемиологической частоты и морфологической характеристики тесного положения фронтальных зубов нижней челюсти. Материал и методы: осмотрены 697 детей в возрасте 6-8 лет, посещающих подготовительные группы детских садов и начальные классы школ Мирзо-Улугбекского района г. Ташкента. Результаты: скученное положение фронтальных зубов нижней челюсти диагностировано у 293 из 697 осмотренных детей ($42,0 \pm 2,1\%$). Частота аномалий увеличивалась с возрастом и не зависела от пола, что явилось основанием для последующего объединения мальчиков и девочек в единую группу. Выводы: детей в период ранней смены прикуса должен регулярно осматривать детский стоматолог или ортодонт.

Ключевые слова: период раннего сменного прикуса, скученное положение фронталь-

ных зубов, морфологическая характеристика.

Maqsad: pastki jagʻold tishlari epidemiologik chastotasini va morfologik xususiyatlarini oʻrganish. Materiallar va usullar: Toshkent shahrining Mirzo Ulugʻbek tumanidagi bolalar bogʻchalari va maktablarning boshlangʻich sinflariga tayyorgarlik koʻrayotgan 6-8 yoshdagi 697 bola tekshirildi. Natijalar: pastki jagʻold tishlarining gavjum holati tekshirilgan 697 boladan 293tasida ($42,0 \pm 2,1\%$) tashxis qoʻyilgan. Anomaliyalarning chastotasi yoshga qarab oshdi va jinsga bogʻliq emas edi, bu oʻgʻil bolalar va qizlarni keyinchalik bitta guruhga birlashtirish uchun asos boʻldi. Xulosa: tishlashning erta oʻzgarishi davrida bolalar pediatrik stomatolog yoki ortodontist tomonidan muntazam ravishda tekshirilishi kerak.

Kalit soʻzlar: erta oʻzgaruvchan tishlash davri, oldingi tishlarning gavjum holati, morfologik xususiyatlari.

Purpose: To study the epidemiological frequency and morphological characteristics of the close position of the anterior teeth of the lower jaw. Material and methods: 697 children aged 6-8 years old, attending preparatory groups of kindergartens and primary grades of schools in Mirzo-Ulugbek district of Tashkent city, were examined. Results: The crowded position of the anterior teeth of the lower jaw was diagnosed in 293 of 697 examined children ($42.0 \pm 2.1\%$). The frequency of anomalies increased with age and did not depend on gender, which was the basis for the subsequent unification of boys and girls into a single group. Conclusions: Children in the period of early bite change should be regularly examined by a pediatric dentist or orthodontist.

Key words: period of early changeable bite, crowded position of anterior teeth, morphological characteristics.

ВЕРИФИКАЦИЯ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ НА ОСНОВЕ РАЗРАБОТАННОЙ В ТГСИ КЛАССИФИКАЦИИ



Азимов М., Азимов А.М.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Несмотря на значительные успехи стоматологии, число больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями не имеет тенденции к уменьшению [2,13,16]. При этом в последние годы появилась отчётливая тенденция к увеличению частоты атипичных, торпидных форм воспалительных заболеваний с переходом в хронические, выросло количество осложнений и рецидивов этих заболеваний [2,12,14,17], наблюдается их неуклонный рост, утяжеление клинического течения, склонность к генерализации процесса, септическим осложнениями и неблагоприятным исходам [9,11,12,15,18,19]. Попытка систематизировать все формы проявления одонтогенного остеомиелита предпринималась многими авторами, но и до сегодняшнего дня эта задача до конца не решена [1,3,4,5,6,7,10].

Анализ литературы позволяет сделать заключение, что до последнего времени нет единой классификации остеомиелита, не решен вопрос о том, следует ли рассматривать острый и хронический остеомиелит в виде отдельных форм заболевания или это лишь стадии (фазы, периоды) его развития.

Цель исследования

Представить классификацию одонтогенного остеомиелита челюстей, позволяющую сформулировать топический диагноз с указанием локализации, степени распространённости воспалительного процесса в челюсти и прилежащих мягких тканях.

Материал и методы

Под нашим наблюдением в клиниках детской челюстно-лицевой хирургии и взрослой хирургической стоматологии ТГСИ находились 1245 детей и 190 взрослых больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, 90% больных поступили в клинику по экстренным показаниям. При поступлении в клинику им проводили общеклинические лабораторные анализы, необходимые для оказания неотложной помо-

щи. Все больные осматривались дежурным челюстно-лицевым хирургом, анестезиологом, совместно обсуждался характер вмешательства с учётом анамнеза и объективных данных. Устанавливали клинический диагноз согласно классификации, определялся объём оперативного вмешательства, по показаниям проводились дополнительные специальные исследования. Все больные в остром периоде получали стационарное лечение на протяжении 7-10 дней. По показаниям проводились дополнительные клинко-лабораторные исследования и коррекция лечения.

Результаты и обсуждение

На кафедре и клинике детской челюстно-лицевой хирургии ТГСИ на протяжении многих лет мы используем классификацию М.М. Соловьёва, в которую внесли дополнения. На основании клинко-рентгенологической картины нами выделены следующие формы одонтогенного остеомиелита челюстей:

- одонтогенный гнойный остеомиелит,
- одонтогенный деструктивный остеомиелит. К этой группе отнесены больные, у которых демаркация и отторжение некротизированной костной ткани происходит: в области верхней челюсти и альвеолярного отростка нижней челюсти в пределах 4-5 недель; при локализации в области тела и ветви нижней челюсти в пределах 6-8 недель;
- деструктивно-продуктивный одонтогенный остеомиелит – инфекционно-воспалительный процесс, при котором клинические признаки воспаления полностью ликвидируются спустя 6-8 недель от начала заболевания;
- хронический деструктивный одонтогенный остеомиелит (хроническим считаем процесс, который не завершился формированием секвестров к 10-12 неделям);
- хронический деструктивно-продуктивный одонтогенный остеомиелит – длительно текущий инфекционно-воспалительный процесс в челюсти и периосте, характеризующийся пре-

обладанием пролиферативных процессов над деструктивными.

Для четкого представления объема и локализации инфекционно-воспалительного процесса в челюстной кости и прилежащих мягких тканях челюстно-лицевой области выделяем степени их распространенности.

На нижней челюсти выделили три, на верхней – две степени распространенности инфекционно-воспалительных процессов. В свою очередь каждую из них подразделили на 4 подстепени, условно обозначив их буквами А, Б, В, Г (схемы 1, 2). При обследовании больного врач обращает внимание на локализацию гнойного очага в кости и мягких тканях, используя схему, определяет степень распространенности и формулирует предварительный диагноз. Во время оказания неотложной хирургической помощи врач уточняет локализацию гнойных очагов, прилежащих

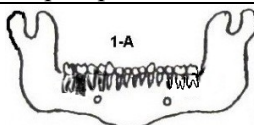
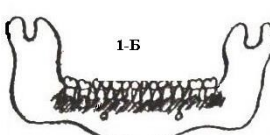
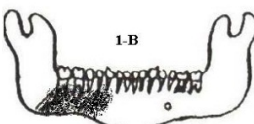
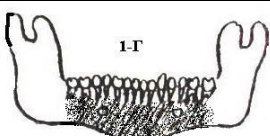
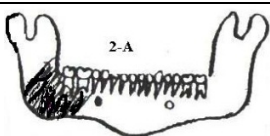
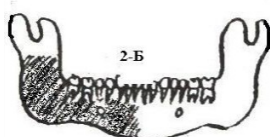
к челюсти, и по состоянию челюстной кости (изменение цвета, вздутия, шероховатости) определяет объем её поражения. Сопоставляя объективные данные, используя схему распространённости инфекционно-воспалительного процесса, можно сформулировать клинический диагноз

Заключение

Классификация с выделением степеней распространенности инфекционно-воспалительного процесса в челюстях отражает многообразные клинических проявлений одонтогенного остеомиелита. Используя предложенную схему, легко можно сформулировать клинический диагноз, проследить динамику течения процесса, проводить дифференциальную диагностику, планировать адекватное лечение, проводить профилактику осложнений.

Схема 1

Степени распространенности инфекционно-воспалительных процессов нижней челюсти и прилежащих к ней мягких тканей

Степень распространенности	Локализация	
	в челюсти	В мягких тканях
	I А степень – остит альвеолярного отростка в пределах пародонта одного зуба	Острый и хронический периодонтит, остит, околокорневые кисты, перикоронарит, луночковый остеомиелит, альвеолит
	I Б степень – остеомиелит альвеолярного отростка, в пределах пародонта двух и более зубов	Периостит, воспалительный инфильтрат мягких тканей прилежащих к челюсти, лимфаденит
	I В степень – остеомиелит альвеолярного отростка и тела (правой, левой стороны) нижней челюсти	Флегмона подчелюстной области и щеки, лимфаденит
	I Г степень – остеомиелит тела челюсти в пределах зубного ряда	Флегмона дна полости рта, нередко имеющая тенденцию к распространению в шею и средостение
	II А степень – остеомиелит тела на уровне жевательных зубов и угла нижней челюсти	Флегмоны подчелюстной, крыловидно-челюстной, жевательной областей
	II Б степень – остеомиелит тела, угла и 1/2 восходящей ветви челюсти	Флегмоны подчелюстной, подподбородочной, подъязычной, окологлоточной, крыловидно-челюстной, жевательной, областей

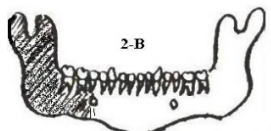
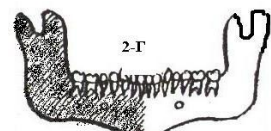
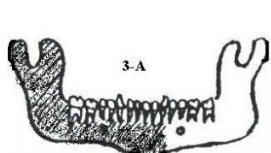
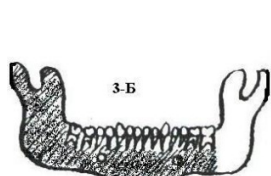
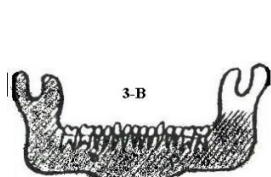
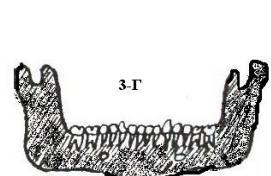
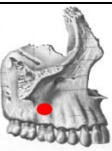
	II Б степень – остеомиелит дистальной части тела, угла и всей ветви нижней челюсти (с мышелковым отростком)	Флегмоны подчелюстной, позадичелюстной, крыловидно-челюстной, жевательной, околоушно-жевательной областей
	II Г степень – остеомиелит (правой, левой стороны) нижней челюсти (от мышелкового отростка до центральной линии)	На поражённой стороне нижней челюсти разлитые флегмоны многих пространств лица, с тенденцией к распространению на противоположную сторону
	III А степень – остеомиелит половины нижней челюсти с вовлечением противоположной стороны на уровне фронтальных зубов	Разлитые флегмоны многих пространств лица на стороне поражения челюсти с тенденцией к распространению на противоположную
	III Б степень – остеомиелит половины нижней челюсти с вовлечением тела противоположной стороны в пределах зубного ряда	Разлитые флегмоны многих пространств, прилежащих к нижней челюсти: дно полости рта, крыловидно-челюстное окологлоточное пространство, с тенденцией к распространению во влагалище сосудисто-нервного пучка шеи и средостение
	III В степень – остеомиелит всей нижней челюсти (за исключением суставного и венечным отросткам на одной стороне)	Разлитые флегмоны многих пространств, прилежащих к нижней челюсти: дно полости рта, крыловидно-челюстное окологлоточное пространство, с тенденцией к распространению во влагалище сосудисто-нервного пучка шеи и средостения
	III Г степень – остеомиелит всей нижней челюсти	Разлитые флегмоны многих пространств, прилежащих к нижней челюсти: дно полости рта, крыловидно-челюстное окологлоточное пространство, с тенденцией распространения во влагалище сосудисто-нервного пучка шеи и средостения

Схема 2

Степени распространенности инфекционно-воспалительных процессов верхней челюсти и прилежащих к ней мягких тканей

Степень распространенности	Локализация	
	в челюсти	в мягких тканях
 1А	В пределах пародонта причинного зуба: острый и хронический остит, перикоронарит, луночковый остео миелит, альвеолит	Периостит, лимфаденит
 1Б	Альвеолярный отросток в пределах пародонта двух и более зубов	Периостит с двух сторон альвеолярного отростка, лимфаденит
 1В	Инфекционно-воспалительный процессы альвеолярного и небного отростков верхней челюсти	Периостит, абсцесс нёба
 1Г	Инфекционно-воспалительный процесс передней поверхности верхней челюсти и небного отростка	Периостит, абсцесс или флегмона подглазничной области и нёба
 2А	Диффузный инфекционно-воспалительный процесс альвеолярного, небного, скулового отростков и передней поверхности тела верхней челюсти, скуловой кости	Абсцесс и флегмоны подглазничной области, щеки и нёба
 2Б	диффузный инфекционно-воспалительный процесс всех отростков челюсти, передней и глазничной поверхности и прилежащих мягких тканей	подглазничной, щёчной, носо-губной областей, нёбный абсцесс
2 В	Инфекционно-воспалительный процесс альвеолярного, небного отростков, подвисочной и передней поверхностей верхней челюсти	Периостит верхней челюсти, флегмоны подглазничной, щёчной, подвисочной областей, абсцесс нёба
 2Г	Инфекционно воспалительный процесс альвеолярного, небного, скулового отростков, подвисочной, передней глазничной поверхностей верхней челюсти, скуловой кости и верхнечелюстной пазухи	Флегмона орбиты, подглазничной, щёчной, скуловой подвисочной областей, абсцесс нёба, острый гнойный гайморит

Литература

1. Азимов М., Ризаев, Ж.А. Азимов А.М Новый подход к классификации воспалительных заболеваний периапикальных тканей. /Stomatologiya № 3, 2019.- С.56-61.
2. Байриков И.М., Монаков В.А., Савельев А.Л., Монаков Д.В. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии клиник Самарского государственного медицинского университета // Медицинский журнал прикладных и фундаментальных исследований № 11, 2014- С.100-104.
3. Васильев Г.А. О классификации одонтогенных воспалительных заболеваниях челюстей “Стоматология”.-1953 №1 – С.28-39.
4. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи: (Руководство для врачей) / под ред. Проф. Шаргородского А.Г., М.: Медицина.- 1985. -С.352.
5. Григорьян А.С. О патогенезе костных воспалительных процессов. Стоматология.-1973№1.-С.1-7.
6. Евдокимов А.И., Васильев Г.А. учебник “Хирургическая стоматология” М. 1964.- 478 с.
7. Лукьяненко В.И. Остеомиелиты челюстей Л. Медицина 1986.- 184 с.
8. Походенко – Чудакова И.О., Казакова Ю.М., Вербицкая А.А.(2011). Системный воспалительный ответ при одонтогенных гнойно – воспалительных процессах челюстно-лицевой области. /Современная стоматология №2, 2011.- С.75-76.
9. Робустовой Т.Г. “Хирургическая стоматология” учебник// под редакцией Робустовой Т.Г.М: Медицина.- 2003. – 215 с.
10. Соловьёв М.М., Худояров И. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей и прилежащих тканей. Т.: «Медицина», 1979. - 164 с.
11. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Киев - 2002. - С.323-330.
12. Фомищев Е.В., Робустова Т.Г. //Рос.стом. журнал – 2003 /-№4. - С. 18-21.
13. Хасанов А.И. Новые аспекты патогенетической терапии воспалительных заболеваний челюстно -лицевой области у детей. Автореферат дис.док. мед. наук Ташкент, 2010. – С.34.
14. Takai S, Kuriyama T, Yanagisawa M, et al. Incidence and bacteriology of bacteremia associated with various oral and maxillofacial surgical procedures. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005; 99:292.
15. Хирургическая стоматология: Учебник / (Афанасьев В.В. и др.) под общей редакцией Афанасьева В.В.-М.: ГЭОТАР, 2010. – С.880.
16. Шомуратов К.Э. Оптимизация лечения больных одонтогенными флегмонами челюст-

но-лицевой области методом использования низкочастотного ультразвука. Конференция молодых учённых ТМА-Ташкент, 2011. - С.412-413.

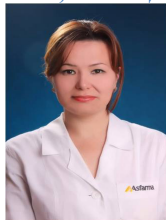
РЕЗЮМЕ. В последние годы число больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями значительно увеличилось, наблюдается утяжеление клинического течения заболевания, склонность к генерализации процесса, септическим осложнениями и неблагоприятным исходам. Одонтогенный остеомиелит челюстей многообразен в своем проявлении. Используемые классификации не учитывают локализацию и распространённость инфекционно-воспалительного процесса в челюсти и прилежащих мягких тканях. Это создаёт определённые трудности в топической диагностике, при планировании лечения, прогнозировании исходов заболевания. Авторами ранее (1991) была разработана и в последующие года (2019) дополнена и на протяжении многих лет используется классификация, которая включает форму заболевания, объём поражения и локализацию патологического процесса. По заключению авторов, используя предложенную схему, можно легко сформулировать клинический диагноз, проследить динамику течения процесса, проводить дифференциальную диагностику, планировать адекватное лечение и профилактику осложнений.

Ключевые слова: одонтогенные воспалительные заболевания, генерализация процесса, классификация, дифференциальная диагностика.

SUMMARY. Publications from the past years indicate that in recent years the number of patients with odontogenic inflammatory diseases has increased significantly, there is an increase in the severity of the clinical course, a tendency to generalize the process, septic complications and an unfavorable outcome. Odontogenic osteomyelitis of the jaws is diverse in its manifestation. The classifications used do not take into account the localization and prevalence of the infectious and inflammatory process in the jaw and adjacent soft tissues. This creates certain difficulties in topical diagnosis, treatment planning, and predicting disease outcomes. The authors earlier (1991) developed and in subsequent years (2019) supplemented and for many years has been using a classification that includes the form of the disease, the volume of the lesion and the localization of the pathological process. According to the authors' conclusion, using the proposed scheme, one can easily formulate a clinical diagnosis, trace the dynamics of the process, carry out differential diagnostics, plan adequate treatment and prevention of complications.

Key words: odontogenic inflammatory diseases, generalization of the process, classification, differential diagnosis.

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИЙ И КАРИЕСОГЕННОЙ СИТУАЦИИ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ



Камалова Ф.Р., Эшонкулов Г.Т.

Бухарский государственный медицинский институт

Сахарный диабет – глобальная проблема медицинской науки и здравоохранения во всем мире. Сахарный диабет наносит значительный ущерб здоровью населения во всех странах мира [3]. Диабет может проявиться в любом возрасте, встречается у грудничков, детей дошкольного возраста и подростков [2]. Диабет у детей, так же как и у взрослых, имеет хронические, пожизненное течение и нередко вызывает тяжелые осложнения, поэтому очень важно своевременно выявить заболевание и принять необходимые меры для его адекватного лечения [1,4,5].

Стоматологические заболевания в настоящее время занимают ведущее место среди всех классов болезней, а стоматологическая помощь – один из наиболее массовых видов медицинского обслуживания населения во многих странах. Уровень стоматологической заболеваемости в детском и подростковом возрасте в значительной степени определяет состояние здоровья индивида в последующие годы жизни, поэтому данные о распространенности и интенсивности стоматологической патологии у детей являются объектом повышенного внимания специалистов.

Цель исследования

Повышение эффективности первичной профилактики основных стоматологических заболеваний у детей с сахарным диабетом, находящихся под диспансерным наблюдением в эндокринологическом диспансере г. Бухары.

Материал и методы

Обследованы 60 детей с сахарным диабетом в возрасте от 5 до 17, находившихся на лечении лет в детском отделении областного эндокринологического диспансера г. Бухары.

Все дети были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 12 детей с временным прикусом, во 2-ю группу включены 20 детей со сменным прикусом, в 3-ю группу вошли 28 детей с постоянным прикусом.

У всех детей определяли уровень сахара крови, гигиенический индекс, индекс РМА и индексы кп, КПУ+кп, КПУ. Одновременно проводили комплексное исследование полости рта, выявляли жалобы больных, проводили сбор анамнеза, визуальный осмотр.

В ходе исследования у большинства детей были выявлены сопутствующие заболевания, в основном заболевания ЖКТ (хронический холецистит, хронический гепатит, хронический панкреатит), а также хроническая анемия II степени, хронический пиелонефрит и нарушения со стороны органов зрения.

Для оценки состояния тканей пародонта применяли индекс гингивита (РМА), определение интенсивности кариозного процесса осуществляли с помощью индекса КПУ, КПУ+кп, кп. Для определения гигиенического состояния полости рта использовали метод J.C. Green, J.R. Vermillion (1964).

Для оценки аномалий зубочелюстной системы проводилось комплексное обследование, которое включало определение типа дыхания, функции Сахарный диабет – глобальная проблема медицинской науки и здравоохранения во всем мире. Сахарный диабет наносит значительный ущерб здоровью населения во всех странах мира [3]. Диабет может проявиться в любом возрасте, встречается у грудничков, детей дошкольного возраста и подростков [2]. Диабет у детей, так же как и у взрослых, имеет хронические, пожизненное течение и нередко вызывает тяжелые осложнения, поэтому очень важно своевременно выявить заболевание и принять необходимые меры для его адекватного лечения [1,4,5].

Стоматологические заболевания в настоящее время занимают ведущее место среди всех классов болезней, а стоматологическая помощь – один из наиболее массовых видов медицинского обслуживания населения во многих странах. Уровень стоматологической заболеваемости в детском и подростковом возрасте в значительной степени определяет состояние здоровья индивида в последующие годы жизни, поэтому данные о распространенности и интенсивности стоматологической патологии у детей являются объектом повышенного внимания специалистов.

Цель исследования

Повышение эффективности первичной профилактики основных стоматологических заболеваний у детей с сахарным диабетом, находящихся под диспансерным наблюдением в эндокринологическом диспансере г. Бухары.

Материал и методы

Обследованы 60 детей с сахарным диабетом в возрасте от 5 до 17, находившихся на лечении лет в детском отделении областного эндокринологического диспансера г. Бухары.

Все дети были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 12 детей с временным прикусом, во 2-ю группу включены 20 детей со сменным прикусом, в 3-ю группу вошли 28 детей с постоянным прикусом.

У всех детей определяли уровень сахара крови, гигиенический индекс, индекс РМА и индексы кп, КПУ+кп, КПУ. Одновременно проводили комплексное исследование полости рта, выявляли жалобы больных, проводили сбор анамнеза, визуальный осмотр.

В ходе исследования у большинства детей были выявлены сопутствующие заболевания, в основном заболевания ЖКТ (хронический холецистит, хронический гепатит, хронический панкреатит), а также хроническая анемия II степени, хронический пиелонефрит и нарушения со стороны органов зрения.

Для оценки состояния тканей пародонта применяли индекс гингивита (РМА), определение интенсивности кариозного процесса осуществляли с помощью индекса КПУ, КПУ+кп, кп. Для определения гигиенического состояния полости рта использовали метод J.C. Green, J.R. Vermillion (1964).

Для оценки аномалий зубочелюстной системы проводилось комплексное обследование, которое включало определение типа дыхания, функции глотания, жевания, наличия скученности зубов, диастем, оценку состояния постоянных 6 зубов, жевательных мышц ребенка, привычного положе-

ния во время сна, выявление вредных привычек. При внешнем осмотре определяли пропорциональность и симметричность контуров лица, при внутриворотном осмотре оценивали расположение уздечек верхней и нижней губы, языка, строение неба, обращали внимания на сроки прорезывания временных и постоянных зубов, вид прикуса, положение зубов в зубной дуге.

Результаты и обсуждение

При анализе анамнеза жизни и заболевания детей, страдающих сахарным диабетом 1-го типа, нами было установлено, что 28% из них имели наследственную предрасположенность к данной патологии, у 18% его спровоцировала стрессовая ситуация, 43% больных отмечали первые симптомы после перенесенной вирусной инфекции. 11% наблюдаемых детей и их родителей не связывали начало заболевания с каким-либо фактором.

Кровоточивость десен при чистке зубов и приеме пищи беспокоила 88% детей. При этом эти изменения тканей пародонта нередко появлялись за 1,5-2 года до постановки диагноза. Наблюдалась гиперемия десны, кровоточивость десен. При осмотре внешнего вида красной каймы и губ у 57% детей с сахарным диабетом 1-го типа выявлено изменение полости рта. Несмотря на то, что дети не всегда предъявляли жалобы на гипосаливацию, при осмотре полости рта наблюдалось снижение влажности слизистой оболочки полости рта. По результатам КПУ у детей с данной патологией имелся высокий показатель интенсивности кариеса.

Интенсивность кариеса определяли с помощью показателя КПУ+кпу по Ю.А. Федорову, В.В. Володкиной (табл.).

Таблица

Критерии оценки, использованные у обследованных детей

Индексы и критерии оценки	Временный прикус	Сменный прикус	Постоянный прикус
РМА	-	3,0	7,6
КПУ	3,4	5 (КПУ+кп)	4,5
Средний сахар крови	8,5-9,0	8,8-10,0	10-12
Поражаемость кариесом, %	75	85	69
Поражаемость пародонта, %	-	26	60

Примечание. РМА – папиллярномаргинально-альвеолярный прикус – индекс заболеваемости тканей пародонта. КПУ, КПУ+кп, кп – кариес-пломба-удаленный зуб – индексы интенсивности кариеса.

Установлено, что больше половины больных обладали лицом среднего типа (52%), треугольной формы (41,3%) и имели прямой профиль (47,8%).

Асимметрия лица наблюдалась лишь в единичных случаях (4%). В ходе изучения состояния височно-нижнечелюстного сустава было обнаружено, что в большинстве (90%) случаев открывание рта было безболезненным, однако 6,2% обследованных все же испытывали боль, 1,0% имели трудности при открывании рта. У 3,2% детей отмечался хруст при движении нижней челюсти, в

8,5% – щелчки. Речеобразование было признано удовлетворительным лишь у половины больных (28,9%). Нарушение речи в неправильного произношения буквы «р» имело место у 10% детей, у 8,0% была свистящая речь, 8,7% преобладали шипящие звуки, 6,2% имелось нарушение произношения буквы «л», у 1,1% речь была невнятной.

Среди осмотренных 11,4% детей получали ортодонтическое лечение, причем мальчики проходили лечение достоверно чаще девочек. При осмотре полости рта у 32% детей обнаружена деформа-

ция зубных рядов. Чаще отмечались деформации нижнего зубного ряда, у 16% имелась деформация верхнего ряда. У 16% детей регистрировалась скученность зубов, у 9% случаев наблюдалась трема, у 14% – диастема. Наиболее часто скученность зубов отмечалась в переднем отделе нижней челюсти. У каждого 14 ребенка уздечка языка мешала движению языка. У 33% детей прикус был неправильным. Если в возрастной группе до 6 лет доля таких больных составляла 23,8%, то к 12 годам она увеличивалась до 20%. В структуре видов патологического прикуса наиболее часто встречался глубокий (12%), на втором месте находился перекрестный прикус (14%), ортодонтический прикус наблюдался у 75%, чаще у детей младше 7 лет.

В наших исследованиях высокие значения индекса КПУ наблюдались на фоне неудовлетворительного гигиенического состояния полости рта.

Таким образом, несмотря на то, что с самых ранних сроков постановки диагноза сахарного диабета проводятся наблюдение и профилактика, динамика основных стоматологических показателей нарастает.

На основании результатов индексной оценки состояния полости рта можно сделать вывод, что у детей с сахарным диабетом 1-го типа наблюдается значительное достоверное повышение значений индекса КПУ и гигиенического индекса. Результаты комплексного обследования полости рта у больных с сахарным диабетом 1-го типа свидетельствуют о достоверно более высокой распространенности основных стоматологических заболеваний.

Литература

1. Гунбина И.В. Информационные технологии в детской диабетологии // Педиатр. Вестн. Южно-Урала. – 2017. – №1.

2. Касаткина Э.П. Сахарный диабет у детей и подростков: Пособие для врачей. – М., 1996. – С. 224-236.

3. Кравец Е.Б. Диабетология: масштабы проблемы, достижения и перспективные направления // Бюл. сибирской медицины. – 2005. – №1.

4. Леус П.Н., Гареглед А.А., Чудекова И.О. Педиатрия и детская хирургия в Приволжском федеральном округе: Сборник материалов 9-й Рос. конф. с междунар. участием. – Казань, 2012. – №7-2 (63).

5. Наумова В.Н., Маслак Е.Е. Проблема диабета в реальной стоматологической практике (результаты! социологического исследования) // Стоматология и социально-значимые заболевания: Сб. тр. 10-й Всерос. науч.-практ. конф. – СПб: Человек, 2013. – С. 174-176.

Цель: повышение эффективности первичной профилактики основных стоматологических заболеваний у детей с сахарным диабетом, находящихся под диспансерным наблюдением в эндокринологическом диспансере г. Бухары. Материал

и методы: обследованы 60 детей с сахарным диабетом в возрасте от 5 до 17, находившихся на лечении лет в детском отделении областного эндокринологического диспансера г. Бухары. Результаты: несмотря на то, что с самых ранних сроков постановки диагноза сахарного диабета проводятся наблюдение и профилактика, динамика основных стоматологических показателей нарастает. У детей с сахарным диабетом 1-го типа наблюдается значительное достоверное повышение значений индекса КПУ и гигиенического индекса. Выводы: у больных с сахарным диабетом 1-го типа распространены основные стоматологические заболевания встречаются достоверно чаще, чем у их здоровых сверстников.

Ключевые слова: эндокринные нарушения, сахарный диабет, кариес, пародонт, прикус, зуб, профилактика, зубочелюстные аномалии.

Maqsad: Buxoro shahridagi endokrinologik dispanserda dispanser nazorati ostida bo'lgan diabet kasalligi bo'lgan bolalarda asosiy tish kasalliklarining birlamchi profilaktikasi samaradorligini oshirish. Materiallar va usullar: Buxoro shahridagi viloyat endokrinologik dispanserining bolalar bo'limida yillar davomida davolangan 5 yoshdan 17 yoshgacha bo'lgan qandli diabet bilan kasallangan 60 nafar bola ko'rikdan o'tkazildi. Natijalar: monitoring va profilaktika diabet mellitus diagnostikasining dastlabki kunlaridan boshlab amalga oshirilganiga qaramay, asosiy tish ko'rsatkichlari dinamikasi o'sib bormoqda. 1-toifa diabet mellitusli bolalarda KPU indeksi va gigiena indeksleri ko'rsatkichlarida sezilarli darajada o'sish kuzatiladi. Xulosa: diabetning birinchi turiga chalingan bemorlarda asosiy tish kasalliklarining tarqalishi ularning sog'lom tengdoshlariga qaraganda tez-tez uchraydi.

Kalit so'zlar: endokrin kasalliklar, diabetes mellitus, karies, periodontium, okklyuziya, tish, profilaktika, dentoalveolyar anomaliyalar.

Purpose: To increase the effectiveness of primary prevention of major dental diseases in children with diabetes mellitus under dispensary supervision at the endocrinological dispensary in Bukhara. Material and methods: 60 children with diabetes mellitus aged 5 to 17 were examined, who were undergoing treatment for years in the children's department of the regional endocrinological dispensary in Bukhara. Results: Despite the fact that monitoring and prevention are carried out from the earliest dates of the diagnosis of diabetes mellitus, the dynamics of the main dental indicators is growing. In children with type 1 diabetes mellitus, there is a significant significant increase in the values of the KPU index and the hygiene index. Conclusions: In patients with type 1 diabetes mellitus, the prevalence of major dental diseases occurs significantly more often than in their healthy peers ..

Key words: endocrine disorders, diabetes mellitus, caries, periodontium, occlusion, tooth, prevention, dentoalveolar anomalies

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОГО НАРКОЗА У ДЕТЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Эшбадалов Х.Ю., Махкамova Ф.Т., Насретдинов З.Т., Эшбадалов Н.Х.
Андижанский государственный медицинский институт, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Одна из важнейших задач анестезиологии – выбор метода обезболивания, не только обеспечивающего адекватную анестезию и нейровегетативную стабилизацию, но и минимизирующего риск развития осложнений. В отделениях детской оперативной стоматологии достаточно много операций, проводимых в челюстно-лицевой области [3].

Эти больные дети часто имеют сопутствующую патологию: пороки развития других органов и систем, в том числе врожденные пороки сердца, гипотрофию, анемию. Эти дети более подвержены респираторным инфекциям, имеют сниженную жизненную емкость легких, прежде всего, уменьшение резервного объема вдоха [1,4].

При оказании анестезиологического пособия пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области, особенно при сопутствующем синдроме Пьера Робена и микрогнатии, часто возникают случаи трудной интубации. При проведении традиционной эндотрахеальной анестезии при операциях в челюстно-лицевой области у детей для экстубации трахеи требуется полное восстановление сознания и кашлевого рефлекса, чтобы ребенок сам мог эвакуировать скопившуюся слюну и кровь, часты случаи послеоперационной тошноты и рвоты. Общее поле деятельности хирурга-стоматолога и анестезиолога создает определенные затруднения для работы каждого из них [2].

Таким образом, выбор метода анестезиологического пособия, обеспечивающего эффективную и безопасную защиту и гладкое течение послеоперационного периода у детей при операциях в челюстно-лицевой области, остается актуальной проблемой стоматологии [5,6].

Цель исследования

Изучение возможности и эффективности использования в анестезиологическом обеспечении челюстно-лицевых операций при проведении эндотрахеальной анестезии у детей в зависимости от индивидуальных анатомо-физиологических особенностей.

Материал и методы

В клинике челюстно-лицевой хирургии областного многопрофильного детского центра г. Андижана за период с 2016 по 2018 гг. у больных в возрасте от 6 месяцев до 18 лет при оперативных вмешательствах по поводу различных заболеваний челюстно-лицевой области применялся эндотрахеальный наркоз.

Результаты

Из общего количества операций (242) по поводу врожденных расщелин неба было проведено 74; врожденных расщелин губ – 96; гемангиом – 21; других доброкачественных опухолей – 32; рубцовых деформаций лица – 19.

Показаниями к проведению эндотрахеального наркоза у детей при оперативных вмешательствах в челюстно-лицевой области служили:

- 1) анатомо-физиологические особенности детского возраста;
- 2) патологические изменения челюстно-лицевой области;
- 3) характер оперативного вмешательства.

Дети в силу анатомо-физиологического строения сердечно-сосудистой и дыхательной систем при проведении эндотрахеального наркоза обладают значительно меньшими адаптационными и компенсаторными способностями, чем взрослые. Дети более чувствительны к кровопотере, гипоксии и гиперкапнии.

Из-за этих особенностей детского организма наркоз у детей дошкольного возраста проводится по полукрытому и полужакрытому способам. У 50 детей мы использовали полукрытый способ эндотрахеального наркоза, у 151 – полужакрытый способ. Следует отметить также лабильность детской психики, их боязнь манипуляций, поэтому при проведении эндотрахеального наркоза подбирается оптимальная методика: ввод в наркоз осуществляется закусью азота с последующей венепункцией с добавочным введением в вену тиопентала. Такие способы вводного наркоза нами использованы у 43 детей; у 258 детей индукция осуществлялась только внутривенным введением

тиопентала натрия.

Характер патологических изменений челюстно-лицевой области и методы оперативного их лечения определяют выбор путей и методов интубации, необходимость применения методов, предупреждающих гипоксические изменения в результате кровопотери, количество переливаний крови для восполнения кровопотери, а в совокупности с особенностями анатомо-физиологического строения детского организма – выбор наркотика для поддержания наркоза.

При проведении эндотрахеального наркоза у детей с патологией челюстно-лицевой области интубация осуществлялась через рот под контролем прямой ларингоскопии у 171 ребенка, через рот тактильным методом – у 3; через нос под контролем прямой ларингоскопии – у 120; через нос «вслепую» – у 6 и через трахеостому – у 1.

Наркоз поддерживался эфиром у 77 детей, закисью азота – у 160; смесью закиси азота с эфиром – у 6, смесью фторотана с закисью азота – у 58.

Выводы

1. Как показывает наш опыт, для поддержания наркоза у детей наиболее целесообразно использовать закись азота с фторотаном.

2. Наибольшая кровопотери отмечалась при иссечении кавернозных гемангиом лица, резекции нижней челюсти: у 6 детей ее объем составил 750 мл, у 2 – 850 мл, у 3 – 1000 мл.

3. Кровопотеря определялась в процессе операции гравиметрическим методом и полностью восполнялась переливанием крови прямым способом у нескольких больных. Опасных для жизни осложнений и летальных исходов, связанных с наркозом, не было.

Литература

1. Берлинский В.В., Берлинский В.Ф. Кетамин-клофелиновый наркоз у детей // Анест. и реаниматол. – 1995. – №5. – С. 38-40.

2. Виноградов В.М., Дьяченко П.К. Основы клинической анестезиологии. – Л.: Медицина, 1961. – 359 с.

3. Виноградов В.Л., Ларионов И.Ю. Клофелин в схеме внутривенной анестезии при операциях у тяжелообожженных // Анест. и реаниматол. – 2002. – №3. – С. 49-52

4. Донскова Е.Ю., Конев А.М. Применение даларгина в детской реанимационной и анестезиологической практике // Педиатрическая анестезиология, реанимация и интенсивная терапия: Материалы Рос. конгресса. – М., 2001. – С. 100.

5. Piper S.N., Fent M.T., Rohm K.D. et al. Urapidil does not prevent postanesthetic shivering: a dose-ranging study // Canad. J. Anaesth. – 2001. – Vol. 8 (48). – P. 742-747.

6. Stevard D.J., Lerman J. Manual of pediatric

anesthesia. – Philadelphia: Churchill Livingstoun, 2001. – 559 p.

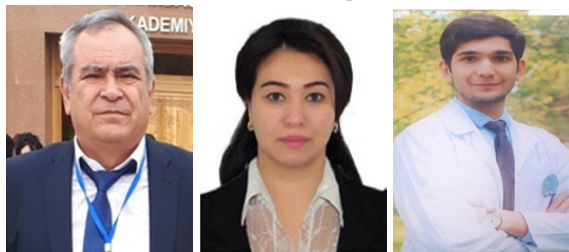
Цель: изучение возможности и эффективности использования в анестезиологическом обеспечении челюстно-лицевых операций при проведении эндотрахеальной анестезии у детей в зависимости от индивидуальных анатомо-физиологических особенностей. Материал и методы: в клинике челюстно-лицевой хирургии областного многопрофильного детского центра г. Андижана за период с 2016 по 2018 гг. у больных в возрасте от 6 месяцев до 18 лет при оперативных вмешательствах по поводу различных заболеваний челюстно-лицевой области применялся эндотрахеальный наркоз. Результаты: наркоз поддерживался эфиром у 77 детей, закисью азота – у 160; смесью закиси азота с эфиром – у 6, смесью фторотана с закисью азота – у 58. Опасных для жизни осложнений и летальных исходов, связанных с наркозом, не было. Выводы: наиболее целесообразно для поддержания наркоза у детей использовать закись азота с фторотаном.

Ключевые слова: лечение, наркоз, эфир, врожденные расщелины губы, челюстно-лицевая область, дети, гемангиома.

Purpose: To study the possibility and effectiveness of using in anesthetic support of maxillofacial operations during endotracheal anesthesia in children, depending on the individual anatomical and physiological characteristics. Material and methods: In the clinic of maxillofacial surgery of the regional multidisciplinary children's center in Andijan for the period from 2016 to 2018. endotracheal anesthesia was used in patients aged 6 months to 18 years during surgical interventions for various diseases of the maxillofacial region. Results: Anesthesia was maintained with ether in 77 children, with nitrous oxide – in 160; a mixture of nitrous oxide with ether – in 6, a mixture of fluorothane with nitrous oxide – in 58. There were no life-threatening complications and deaths associated with anesthesia. Conclusions: It is most expedient to use nitrous oxide with fluorothane to maintain anesthesia in children.

Key words: treatment, anesthesia, ether, congenital cleft lip, maxillofacial region, children, hemangioma.

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЕ ОШИБКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ



Абдукадыров А.А., Мухамедиева Ф.Ш., Абдукадыров Д.А.
 Ташкентский институт усовершенствования врачей

По данным многих авторов [3,10,12], хирургическое лечение верхней микрогнатии в 6,1-40% случаев сопровождается различными осложнениями, которые делятся на предоперационные ошибки, интраоперационные и послеоперационные осложнения. Меньше всего клиницисты уделяют внимание ошибкам подготовительного периода пациентов к операциям, которые могут отрицательно повлиять на результаты лечения.

Цель исследования

Анализ научной литературы, посвященной предоперационным ошибкам хирургического лечения верхней ретро-микрогнатии, а также оценка собственного клинического опыта.

Материал и методы

Проведен анализ доступной научной литературы, опубликованной в последние 30 лет, посвященной предоперационным ошибкам и связанным с ними различным осложнениям хирургического лечения пациентов с верхней микрогнатией. Приведены также итоги лечения 152 пациентов (99 женщин, 53 мужчины в возрасте от 17 до 58 лет), лечившихся в клинике челюстно-лицевой хирургии в последнее 30 лет с диагнозом верхняя микрогнатия в сочетании с нижней макрогнатией.

Результаты исследования

Анализ доступной литературы показал, что ошибки предоперационного подготовительного периода включают в себя отсутствие оценки мотивации обращения пациента и рационального ортодонтического лечения с междисциплинарным участием. Предоперационная оценка мотивации обращения пациента и работа психолога в команде позволяют адекватно воспринимать пациенту эстетические изменения лица и перенести процесс восстановления функции челюстно-лицевой области. Проведение ортодонтического лечения с санацией полости рта и дыхательных путей с участием орального хирурга, отоларинголога приводит к нормализации носового дыхания, исправлению зубных дуг челюстей и правильному росту лицевого скелета [7,9,11]. Наш опыт хирургического лечения 12 пациентов этой категории показал, что

такие позитивные изменения верхнечелюстного комплекса, наряду с уменьшением степени деформации верхней челюсти, приводят к уменьшению объема ортогнатической операции.

Предоперационные ошибки возникают также в результате неиспользования унифицированной терминологии и классификации деформаций челюстей и комплексных методов обследования [1,4]. Часто сочетание верхней микрогнатии с нижней макрогнатией диагностируется как нижняя макрогнатия, и остеотомия проводится только на одной нижней челюсти. Перемещение одной нижней челюсти кзади приводит к сужению полости рта, глотки и нарушению привычного нейромышечного баланса челюстно-лицевой области и рецидиву деформации [1,8].

Для подтверждения этого мнения приводим клинический пример.

Пациентка Н., 26 лет, обратилась в нашу клинику в 2006 году с жалобами на эстетические и функциональные недостатки лица, обусловленные выступанием подбородка вперед, несмыканием губ в покое и открытый прикус (рис. 1а). Из анамнеза четыре года назад пациентке была проведена остеотомия нижней челюсти по поводу диагноза прогения. Операция проведена без выяснения мотивации обращения и комплексного обследования и подготовки с участием смежных специалистов. После снятия шин ортодонтическое лечение не проводилось, произошло выдвижение нижней челюсти вперед и появление открытого прикуса. Мотивом обращения пациентки является исправление эстетического недостатка лица. Нарушение прикуса и пережевывания пищи является второстепенной проблемой. При комплексном обследовании челюстно-лицевой области у пациентки с сочетанной деформацией челюстей (верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия) выявлены открытый прикус, сужение верхней зубной дуги в области премоляров и дефект венечного и вывих правого суставного отростка (рис. 1а, 2а, 3а, б). На основании результатов комплексного обследования составлен план лечения с участием ортодон

та. На первом этапе проведена компакто-остомия оральным хирургом и ортодонтическое расширение верхней челюсти до конструктивного прикуса (рис. 2а). После создания конструктивного прикуса в течение года пациентке под эндотрахеальным наркозом проведена комбинированная остеотомия челюстей. На верхней челюсти – сегментарная остеотомия дистальных отделов с остэктомией и перемещением фрагментов вверх до 5 мм. На нижней челюсти – вертикальная остеотомия левой ветви и остеотомия в области правой ветви с реплантацией вывихнутого суставного отростка. В результате произошло улучшение эстетических параметров лица, прикус установлен по ортогнатическому типу (рис. 1б, 2б, 3в).

По нашему мнению, причиной такой неудачи явилось игнорирование мотивации обращения пациентки, отсутствие комплексного обследования, подготовки и планирования лечения с междисциплинарным участием, неиспользование международной классификации, что привело к диагности-

ческой ошибке и выбору неадекватного способа остеотомии.

До сегодняшнего дня при ортогнатическом лечении верхней микрогнатии нерешенной остается задача дооперационного прогнозирования эстетических изменений формы носа и выбор способа их коррекции. Для профилактики деформации наружного носа после перемещения верхнечелюстного комплекса кпереди предложены различные способы ринопластики; серпообразная резекция хряща перегородки, удаление передней носовой ости верхней челюсти, ринопластика с использованием ауто-аллотрансплантатов или имплантатов, пластика перегородки и фиксации крыльев швами, которые удерживают их в нужном положении. Использование предложенных способов не всегда приводит к оптимальным эстетическим и функциональным результатам, что говорит о том, что при выборе способа остеотомии верхней челюсти необходимо учитывать типовую принадлежность лица, форму и функции носа [2,5,13-16].

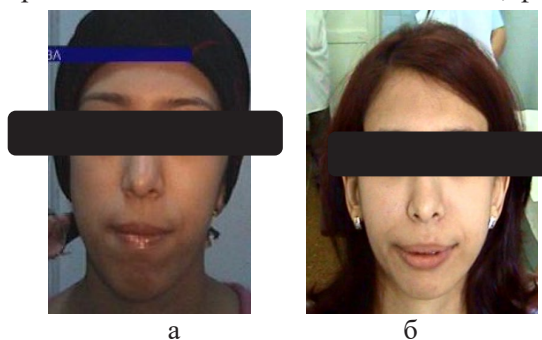


Рис. 1. Пациентка Н., 26 лет: фас до (а) и после (б) операции.



Рис. 2. Прикус пациентки Н., 26 лет: до (а) и после (б) расширения верхней челюсти и бимаксиллярной остеотомии.

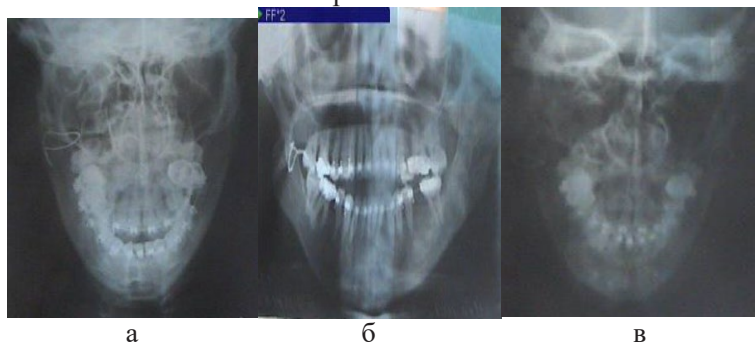


Рис. 3. Рентгенограммы пациентки Н., 26 лет: до и после операций (а, б, в).

Нами были обследованы 152 пациента с верхней микрогнатией и нижней макрогнатией и удлиненно-вогнутым типом лица. У 98 из них имела место узкая высокая форма носа, сужение костной полости, чрезмерное увеличение передней носовой ости, гиперплазия нижних носовых раковин, куполообразное вздутие дна и резкое затруднение носового дыхания. Предоперационное прогнозирование эстетического и функционального результата с использованием 3Д-технологии показало, что у этих пациентов проведение типичных вариантов остеотомий верхней челюсти с остэктомией и репозицией верхнечелюстного комплекса кпереди и кверху приводит к большему сужению полости носа. Кроме того, латеральные края грушевидного отверстия, гиперплазированная передняя носовая ость упираются в мягкие ткани носа, что приводит к расширению его крыльев и деформации кончика.

Для исправления недостатков предложенных способов остеотомий нами разработан новый способ остеотомии верхнечелюстного комплекса с расширением костной полости носа (А/С №1572557 1990;). Предложенный способ позволяет сохранить эстетику наружного носа, улучшить форму скуловых областей у пациентов с удлиненно-вогнутыми типами лица.

Для подтверждения сказанного приводим кли-

нический пример комплексного лечения пациента Т., 21 год.

Пациент обратился с жалобами на эстетический недостаток лица, нарушение прикуса и затрудненное носовое дыхание. После комплексного обследования установлен диагноз: Сочетанная деформация челюстей – верхняя микрогнатия и нижняя макрогнатия, удлиненно-вогнутая форма лица (4а, 5а, 6а). Со стороны ЛОР-органов – затруднение носового дыхания, сужение костной полости носа, гиперплазия нижних носовых раковин и увеличение передней носовой ости.

Для хирургического лечения предложенный способ остеотомии верхней челюсти планировали сочетать с обратной L-остеотомией ветвей нижней челюсти. В результате верхнюю челюсть перемещали кпереди и кверху на 6 и 8 мм, нижнюю челюсть – кзади на 6 мм. В результате проведенных операций достигнут приемлемый эстетический баланс лица и прикуса. Носовое дыхание восстановлено, достигнуто незначительное расширение крыльев носа (по 1,0 мм с обеих сторон), что было на 8% (ширина носа до операции 25 мм, после операции 27 мм) больше исходной величины ширины носа, что не нарушает его эстетику. Также отмечалось улучшение эстетических параметров параназальных и скуловых областей и нижней зоны лица (рис. 4 б, 5 б, в, 6б).



Рис. 4. Результат лечения пациента Т.: профиль до (а) и после (б) операций. Достигнуто улучшение эстетического профиля и формы носа.

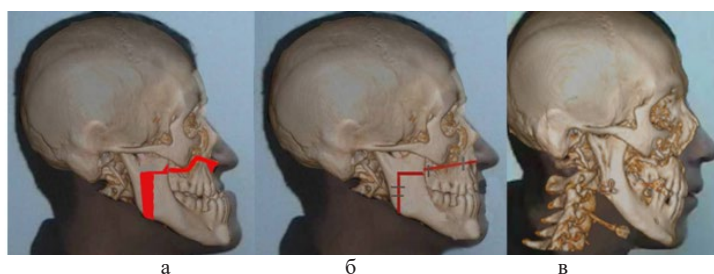


Рис. 5. Моделирование оптимального баланса лица и прикуса и результат лечения пациента Т.



Рис. 6. Прикус пациента до (а) и после (б) операции и протезирования.

Отдаленные результаты остеотомии верхней челюсти с расширением полости носа по разработанному способу прослежены в сроки от 6 месяцев до 27 лет. Во всех случаях отмечалась сохранность достигнутых эстетических и функциональных результатов средней зоны лица, в том числе носового дыхания, что подтверждает перспективность использования предложенного нами способа в стационарах клиницистами.

Таким образом, анализ доступной научной литературы и клинический опыт показали, что причинами предоперационных ошибок при ортогнатическом лечении верхней микрогнатии являются:

а) игнорирование мотивации пациентов при обращении и недостаточная разработанность предоперационной амбулаторной подготовки к ортогнатическим операциям с участием смежных специалистов;

б) не использование единой терминологии и классификации деформаций челюстей и отсутствие четких показаний к различным вариантам остеотомий верхней челюсти с учетом эстетических и морфофункциональных показателей средней зоны лица.

Литература

1. Абдукадыров А. Усовершенствование реконструктивных операций у взрослых больных с сочетанными деформациями челюстей: Дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2007. – 236 с.
2. Абдукадыров А., Мухамедиева Ф.Ш., Курбанов Ф.Р. Алгоритм амбулаторной подготовка взрослых пациентов к ортогнатическим операциям // *Stomatologiya*. – 2019. – №1-2. – С. 46-51.
3. Андрищев А.Р., Карпищенко С.А., Баиндурашвили А.А., Шахназаров А.Э. Эндоскопическая оценка состояния полости носа после реконструктивных операций на верхней челюсти // *Рос. оториноларингол.* – 2009. – №2 (45). – С. 12-16.
4. Безруков В.М. Клиника, диагностика и лечение врожденных деформаций лицевого скелета: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1981. – 329 с.
5. Гунько В.И., Занделов В.А., Предупреждение послеоперационных деформаций носа после костно-реконструктивных операций на верхней челюсти // *Стоматология*. – 2000. – №2. – С. 25-28.
6. Каламкарров Х.А., Рабухина Н.А., Безруков В.М. Деформации лицевого черепа. – М.: Медицина, 1981.
7. Махсудов С.Н. Ринофарингоген тиш-жаф аномалияларининг клиник, рентгенологик ва биометрик кўрсаткичлари, уларнинг комплекс ортодонтик даволаш: Дис. ... д-ра мед. наук. – Тошкент, 2002. – 202 б.
8. Сукачев В.А., Гунько В.И., Абдукадыров А. Новый способ вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти // *Реконструктивно-восстановительные и новые методы лечения в клинике*. – М., 1989. – С. 138-139.
10. Хасанов С.А., Бабаханов Г.К., Махсудов С.Н. Интеграционная тактика специалистов при комплексном лечении детей с искривлением перегородки носа, сочетанном аномалиями развития верхней челюсти: Метод. рекомендация. – Ташкент, 2019. – 20 с.
11. Jędrzejewski M., Smektała T., Sporniak-Tutak K., Olszewski R. Preoperative, intraoperative, and postoperative complications in orthognathic surgery: a systematic review // *Clin. Oral Invest.* – 2015. – Vol. 19. – P. 969-977.
12. Kim J.H., Kim S.G., Oh J.S. Complications related to orthognathic surgery // *J. Korean Assoc. Maxillofac. Plast. Reconstr. Surg.* – 2010. – Vol. 32. – P. 416-421.
13. Kim Y.-K. Complications associated with orthognathicsurgery // *J. Korean Assoc. Oral Maxillofac. Surg.* – 2017. – Vol. 43, №1. – P. 3-1.
14. Monnazzi M.S., Mannarino F.S., Gabrielli M.F.R. Extraoral alar base cinch.A modification for the technique // *J. Oral Maxillofac. Surg. Med. Pathol.* – 2014. – Vol. 26. – P. 142-144.
15. Shams M.G., Motamedi M.H. A more effective alar cinch technique // *J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2002. – Vol. 60. – P. 712-715.
16. Shin Y.M., Lee S.T., Kwon T.G. Surgical correction of septal deviation after Le Fort I osteotomy // *Maxillofac. Plast. Reconstr. Surg.* – 2016. – Vol. 38. – P. 21.
17. Yen C.Y., Kuo C.L., Liu I.H. et al. Modified alar base cinch suture fixation at the bilateral lower border of the piriform rim after a maxillary Le Fort I osteotomy // *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* – 2016. – Vol. 45. – P. 1459-1463.

Цель: анализ научной литературы, посвященной предоперационным ошибкам хирургического лечения верхней ретро-микрогнатии, а также оценка собственного клинического опыта. Материал и методы: проведен анализ доступной научной литературы, опубликованной в последние 30 лет, посвящённой предоперационным ошибкам и связанным с ними различным осложнениям хирургического лечения пациентов с верхней микрогнатией. Приведены также итоги лечения 152 пациентов (99 женщин, 53 мужчины в возрасте от 17 до 58 лет), лечившихся в клинике челюстно-лицевой хирургии в последнее 30 лет с диагнозом верхняя микрогнатия в сочетании с нижней макрогнатией. Результаты: после остеотомии верхней челюсти с расширением полости носа по разработанному способу прослежены в сроки от 6 месяцев до 27 лет во всех случаях отмечалась сохранность достигнутых эстетических и функциональных результатов средней зоны лица, в том числе носового дыхания. Выводы: предложенный нами способ ортогнатического лечения верхней микрогнатии может с успехом применяться клини-

цистами. **Ключевые слова:** верхняя микрогнатия в сочетании с нижней макрогнатией, ортогнатическое лечение, средняя зона лица, эстетические и морфофункциональные показатели.

Purpose: To analyze the scientific literature on preoperative errors in the surgical treatment of upper retro-micrognathia, as well as to evaluate our own clinical experience. **Material and methods:** An analysis of the available scientific literature, published in the last 30 years, devoted to preoperative errors and associated various complications of surgical treatment of patients with upper micrognathia, was carried out. The results of the treatment of 152 patients (99 women, 53 men aged 17 to 58 years) treated in the clinic of maxillofacial surgery in the last 30 years with

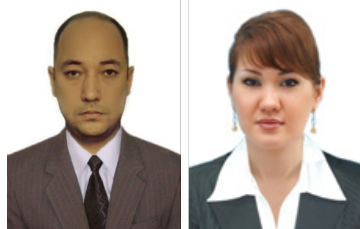
a diagnosis of upper micrognathia in combination with lower macrognathia are also presented. **Results:** After osteotomy of the upper jaw with enlargement of the nasal cavity according to the developed method, they were traced from 6 months to 27 years in all cases, the preservation of the achieved aesthetic and functional results of the midface zone, including nasal breathing, was noted. **Conclusions:** The proposed method of orthognathic treatment of upper micrognathia can be successfully used by clinicians.

Key words: upper micrognathia in combination with lower macrognathia, orthognathic treatment, middle zone of the face, aesthetic and morphofunctional indicators.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-91>

УДК: 616.314-089.74] -071.3-036

ПЛАНИРОВАНИЕ И ПРОВЕДЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В СЛОЖНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ



²Нуриддинов У., ¹Ризаева С.М., ¹Рахманова О.А., ¹Ризаева О.Н.

¹Ташкентский государственный стоматологический институт,

²Клиника «NAFISNURDENT»

В последнее десятилетие частичная и полная вторичная адентия становится одной из самых распространенных патологий зубочелюстной системы не только у пожилых и старых пациентов, но и у лиц молодого возраста. В связи с олее высоким уровнем жизни сегодня протезирование частично-съёмными и съёмными протезами не всегда удовлетворяет наших пациентов. Именно с этой позиции более перспективным является протезирование с опорой на дентальные имплантаты.

Основная масса пациентов обращаются за ортопедической помощью не сразу после потери зубов, а в том случае, когда на мостовидные протезы не осталось достаточно опор или после долгого привыкания к частично-съёмным с плохой или неполной адаптацией. В данных клинических ситуациях мы сталкиваемся со значительной атрофией альвеолярных отростков, а также со сложными анатомо-топографическими условиями, что приводит к проблематичному планированию и реализации операции по установлению дентальных имплантатов [1,2,4].

Сравнительно недавно появились данные о немедленной имплантации, немедленной функциональной нагрузке имплантатов у пациентов с полной адентией. Немедленная имплантация – это совмещение двух этапов в один: экстракция зуба и установление имплантатов. Данная методика

предусматривает профилактику резорбции альвеолярной кости. В данном случае большая вероятность расположения имплантатов в максимально близком к положению удаленного зуба и направление, наиболее физиологичное для восприятия жевательной нагрузки на костную ткань [3,5].

Немедленная имплантация помогает стоматологам обойти негативное психологическое состояние после удаления зубов, особенно тогда, когда они последние в полости рта. Ещё один положительный момент: пациент имеет возможность фактически сразу начать пользоваться зубными конструкциями, а не через какой-то промежуток времени после удаления зубов и классической установки имплантатов. Благодаря этому уменьшается количество посещений стоматолога и снижаются финансовые затраты на лечение.

Нередко после атрофии альвеолярного отростка положение для установки имплантатов становится очень проблематичным из-за тонкого альвеолярного гребня или близко расположенных анатомических образований, а именно нижнего альвеолярного нерва. Нарушение функции нерва может возникнуть при непосредственной перфорации канала и травме во время формирования имплантационного ложа, а также из-за компрессии нерва послеоперационным отеком или дентальным имплантатом. Эти осложнения проявляются в виде отсутствия или продолжительного изменения чув-

ствительности тканей в зоне иннервации, развития болевого синдрома различной интенсивности, а также сопровождается эмоционально-стрессовыми нарушениями и значительно ухудшает качество жизни пациента.

Только тщательное планирование хирургического вмешательства с проведением компьютерной томографии и изготовлением хирургических шаблонов может обеспечить отсутствие осложнений во время хирургического вмешательства в случае установки на боковом участке дентальных имплантатов в обход нижнечелюстного нерва.

Высокий процент осложнений во время проведения дентальной имплантации на нижней челюсти со сложными анатомо-топографическими условиями с целью изготовления несъемных ортопедических конструкций указывает на недостаточную изученность данной проблемы, а результаты проведенных исследований не имеют единой оценки.

Мы приводим клинический случай установки имплантатов в обход нижнечелюстного канала.

Пациентка С., 1960 г. р., обратилась в клинику с жалобами на отсутствие зубов на нижней челюсти с целью установки несъемной ортопедической конструкции с опорой на имплантатах. В анамне-

зе пациентка длительное пользование частичным съёмным протезом.

На противоположной челюсти – металлокерамические несъемные мостовидные протезы с опорой на 16, 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24 и 27 зубы.

С целью определения возможности изготовления несъемной ортопедической конструкции с опорой на дентальных имплантатах была проведена компьютерная томография (рис. 1, 2).

Проведенное исследование засвидетельствовало у пациентки наличие костной ткани 1-го типа по классификации Lekholm и Zarb.

На боковых участках, на которых планируется установка имплантатов, альвеолярный гребень шириной 12,79 мм и высотой 13,05 мм. Расстояние от кортикальной пластинки до нижнечелюстного канала – всего 4,80 мм.

После принятия решения об отказе от съёмного протезирования было решено установить имплантаты для изготовления несъёмного протеза. Но нашей конечной целью была установка именно данного имплантата в области проекции 37 зуба, учитывая топографию нижнечелюстного канала по КТ.

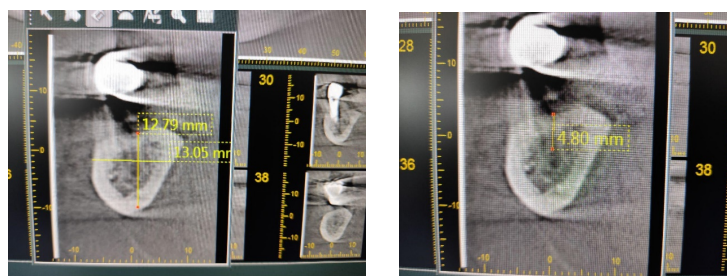


Рис. 1, 2. Компьютерная томография бокового участка нижней челюсти до лечения.

После установки имплантатов проводилась компьютерная томография с целью подтвержде



Рис. 3, 4. КТ после установки имплантата диаметром 4 мм и длиной 10 мм в области 37 зуба.

Эффективность проведенного лечения определяли по клиническим и рентгенологическим критериям (Albrektsson и coll).

Послеоперационный период протекал без осложнений, состояние слизистой оболочки вокруг имплантатов удовлетворительное. Каких-либо жалоб пациентка не предъявляла.

Клинически у пациентки определяли неподвижность имплантатов, отсутствие негативных проявлений при перкуссии, отсутствие болевого

и инфекционного синдрома вокруг имплантатов, явлений парестезии.

Таким образом, учитывая топографию нижнечелюстного канала на основе КТ мы смогли установить имплантат в обход нерва и дать шанс пациентке для установки несъёмной ортопедической конструкции.

Литература

1. Грачева О.В., Панин О.М., Московец О.Н. Дифференциальный подход в лечении осложнения

дентальной имплантации, связанного с нарушением функции нижнего альвеолярного нерва // Клин. стоматол. – 2009. – №4 (52). – С. 24-26.

2. Маланчук В.А., Маммадов Э.А. Непосредственная дентальная имплантация: Науч.-учеб. изд. для студентов и врачей. – Киев, 2008. – 154 с.

3. Ренуар Ф., Бо Р. Факторы риска в стоматологической имплантологии. – М., 2004. – 182 с.

4. Albrektsson T. A new approach to demonstrate cellular activity in bone formation adjacent to implants // J. Biomed. Mater. Res. – 2000. – Vol. 51. – P. 280-291.

5. Hegedus F., Diecidue R. Trigeminal nerve injuries after mandibular implant placement – practical knowledge for clinicians // Int. J. Oral Maxillofac. Impl. – 2006. – Vol. 21, №1. – P. 111-116.

РЕЗЮМЕ. Тщательное изучение анатомических особенностей строения челюстей при дентальной имплантации является важной составляющей при планировании лечения и достижения хорошего результата. Авторы описывают клинический случай с низкой высотой альвеолярного гребня. Пациентке был установлен имплантат в обход нижнечелюстного канала. Успешная имплантация

в данном случае является результатом правильного планирования.

Ключевые слова: строение челюстей, дентальная имплантация, высота альвеолярного гребня.

РЕЗЮМЕСИ. Tish implantatsiyasi paytida jag'lar tuzilishining anatomik xususiyatlarini sinchkovlik bilan o'rganish davolashni rejalashtirish va yaxshi natijaga erishishda muhim tarkibiy qism hisoblanadi. Mualliflar alveolyar tizmaning balandligi past bo'lgan klinik holatni tasvirlaydilar. Bemorga mandibular kanalni chetlab o'tib implantatsiya qilingan. Ushbu holatda muvaffaqiyatli implantatsiya qilish to'g'ri rejalashtirish natijasidir.

Kalit so'zlar: jag'larning tuzilishi, tish implantatsiyasi, alveolyar tizmaning balandligi.

SUMMARY. A thorough study of the topography of the anatomical features of the jaw structure during dental implantation is an important component for planning and a successful result. This article discusses a clinical case with a low alveolar ridge height. The authors demonstrate implant placement by passing the mandibular canal. Successful implantation in this case is the result of proper planning.

Key words: structure of the jaws, dental implantation, height of the alveolar ridge.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-92>

УДК: 614.25:616.31:618

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПОСЛЕ ЭКСТРАКЦИИ ЗУБОВ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ (ГЕПАТИТЫ)



Рахматуллаева О.У., Шомуродов К.Э., Олимжонов К.Ж.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Заболевания внутренних органов, в частности печени, отрицательно влияют на состояние органов полости рта [2,7]. Поражения слизистой оболочки и воспалительные заболевания периапикальных тканей полости рта (в частности осложнения, возникающие после удаления зубов), в свою очередь, усугубляет течение основного заболевания и диктуют необходимость проведения лечебных и профилактических мероприятий [4,5].

Исследование полости рта при заболеваниях печени представляет интерес для врачей [7], поскольку болезненные процессы, развивающиеся в печени, в основном провоцируют органические и функциональные нарушения в слизистой оболочке полости рта и пародонте [10].

Следует отметить, что заболеваемость вирусными гепатитами в крупных городах нашей Республики в последнее время резко возросла. Что каса-

ется заболеваемости вирусным гепатитом В, то в Узбекистане сложилась напряженная эпидемиологическая ситуация с устойчивой тенденцией к росту этого заболевания, особенно в последние годы. При этом следует отметить, что среди заболевших 80% составляют подростки и молодые люди [8]. С вирусным гепатитом В в настоящее время связано большинство смертельных исходов. Данная инфекция занимает 2-е место среди причин смерти людей от инфекционных заболеваний. В результате хронических заболеваний печени, развиваются циррозы и первичный рак печени [6,9].

Стоматологическая помощь больным даже с установленным диагнозом гепатита оказывается в основном по обращаемости, обусловленной острой болью. Крайне мало разработок по стоматологической тактике ведения больных гепатитами. В странах с высоким уровнем стоматологиче-

ской службы не накоплен опыт по этой проблеме. Широкое распространение вирусных гепатитов, в частности гепатита В, требует углубленных стоматологических исследований [1,8].

Цель исследования

Ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, имеющих такую сопутствующую патологию, как гепатиты А, В, С, с воспалительными процессами полости рта и челюстно-лицевой области после экстракции зубов, проведенной по экстренным показаниям.

Материал и методы

По архивным данным за три года (2017-2019 гг.) на базе клиники взрослой хирургической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института проведен анализ 78

Распределение пациентов с гепатитами и воспалительными процессами в полости рта в зависимости от пола

Гепатит	Мужчины	Женщины	Итого, абс. (%)
А	17	11	28 (36)
В	16	18	34 (43,5)
С	7	9	16 (20,5)

Как видно из таблицы, в течение 3-х лет с гепатитом А было 28 (36%) больных; с гепатитом В – 34 (43,5%), с гепатитом С – 16 (20,5%).

историй болезни госпитализированных пациентов с гепатитами и 107 амбулаторных карт пациентов с сопутствующей патологией (гепатиты А, В, С) в возрасте от 19 до 55 лет с различными видами одонтогенных воспалительных процессов полости рта и челюстно-лицевой области [1]. Статистический анализ историй болезни и амбулаторных карт проводился в зависимости от вида гепатита, а также локализации и характера течения воспалительного процесса челюстно-лицевой области.

Результаты и обсуждение

Среди пациентов, которых лечились в 2017 году, было 10 женщин и 14 мужчин, в 2018 г. – 18 женщин и 10 мужчин, в 2019 году – 14 женщин и 12 мужчин. Распределение пациентов с гепатитами в зависимости от пола представлено в таблице 1.

При детальном статистическом анализе историй болезни выяснилось, что у 78 (100%) пациентов имелись осложнения в виде различных воспалительных процессов (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных гепатитами в зависимости от характера осложнений

Гепатит	Альвеолиты	Флегмоны ЧЛО (различной локализации)	Периоститы	Лимфадениты
А	10	3	7	2
В	8	5	10	4
С	3	1	3	1
Итого, абс. (%)	26 (33)	17 (22)	24 (31)	11 (14)

Как показало изучение историй болезни, сопутствующую патологию (гепатиты А, В и С) имели 17 (22%) пациентов с одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области различной локализации, 11 (14%) – с лимфаденитами, 24 (31%) – с периоститами и 26 (33%) – с альвеолитами.

Следовательно, при сочетанной патологии между пораженными органами существует тесная функциональная связь. Проведенный мониторинг показал, то воспалительные процессы в полости рта отягощают течение гепатита и служат важным дополнением к характеристике его общей картины. При сопутствующей патологии (гепатиты) выявлено большое количество осложнений в виде альвеолитов – у 21 (36,8%) и периоститов – у 20 (35,2%) пациентов.

Известно, что при хронических заболеваниях печени формируется вторичный иммунодефицит, имеющий большое значение для полости рта и все-

го организма в целом, поэтому становится важной задачей изучения течения воспалительных процессов полости рта у больных с патологией печени, требующей своевременной и постоянной коррекции. Нельзя не отметить и персистенцию различных микроорганизмов в слюне, которые при определенных условиях и вторичном иммунодефиците в организме могут дать рост патогенной флоры, способствующей поражению пародонта. Состояние и заболевания полости рта следует считать зависимыми не только от микробного фактора, но и как результат состояния организма в целом [3].

Выводы

1. Пациенты с сопутствующей патологией, а именно с гепатитами в хронической форме, обладают плохим качеством здоровья зубов и десен, что указывает на влияние болезней печени на состояние зубов и полости рта в целом.

2. Больные гепатитами нуждаются в лечении основного заболевания, а также в постоянном наблюдении за состоянием полости рта.

Литература

1. Алейник М.Д. О результатах оценки риска инфицирования гепатитом В медицинских работников Нижегородской области и путях его снижения: Справка. – Н. Новгород, 1998.

2. Астратян А.А., Казарян С.М. Маркеры гепатитов В и С у больных оппортунистической инфекцией // Тезисы докладов 5-й Российской научно-практической конференции. – М., 2003. – С. 15.

3. Ахророва З.К. Особенности поражения слизистой полости рта и пародонта у больных хроническими заболеваниями печени вирусной этиологии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2011.

4. Балаян М.С. Вирусные гепатиты: Энциклопедический словарь. – 2-е изд. – М.: Амипресс, 1999. – 304 с.

5. Безрукова И.В. Быстро прогрессирующий пародонтит. – М.: Мед. книга, 2004.

6. Ирмухамедова И.Х. Клинико-функциональная и морфологическая характеристика изменений слизистой оболочки полости рта и пародонта при хронических диффузных поражениях печени: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 1991. – 22 с.

7. Крастева А., Панов Вл., Гарова М. и др. Гепатиты В и С в стоматологии // J. IMAV. – 2008. – №2. – С. 38-40

8. Рахмонов Х.Ш. Роль барьерно-защитных комплексов полости рта при патологии твердых тканей зубов и пути их коррекции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2003.

9. Штапров Ю.Н. Стоматологический статус и клинико-функциональные особенности состояния слюнных желез у больных хроническим вирусным гепатитом С: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2007.

10. Baron P. The development of dentistry, 1000-2000 // Lancet. – 1999. Vol. 23. – P. 354-311.

Цель: ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, имеющих такую сопутствующую патологию, как гепатиты А, В, С, с воспалительными процессами полости рта и челюстно-лицевой области после экстракции зубов, проведенной по экстренным показаниям. Материал и методы: по архивным данным за три года (2017-2019 гг.) на базе клиники взрослой хирургической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института проведен анализ 78 историй болезни госпитализированных пациентов с гепатитами и 107 амбулаторных карт пациентов с сопутствующей патологией (гепатиты А, В, С) в возрасте от 19 до 55 лет с различными видами одонтогенных воспалительных процессов полости рта и челюстно-лицевой области. Результаты: при сочетанной патологии между пораженными

ми органами существует тесная функциональная связь. Проведенный мониторинг показал, то воспалительные процессы в полости рта отягощают течение гепатита и служат важным дополнением к характеристике его общей картины. Выводы: больные гепатитами нуждаются в лечении основного заболевания, а также в постоянном наблюдении за состоянием полости рта.

Ключевые слова: гепатит В, полость рта, дисфункция печени.

Maqsad: A, B, C gepatitlari kabi qo'shma kasalliklarga chalingan bemorlarni ambulatoriya sharoitida, tish chiqarishdan so'ng og'iz bo'shlig'i va yuz-yuz sohasi yallig'lanish jarayonlari bilan retrospektiv tahlil qilish. Materiallar va usullar: uch yillik (2017-2019) yillardagi arxiv ma'lumotlariga ko'ra, Toshkent davlat stomatologiya institutining kattalardagi jarrohlik stomatologiyasi klinikasi asosida kasalxonaga yotqizilgan gepatit bilan kasallangan bemorlarning 78 ta kasallik tarixi va 107 ta patologik patologiyasi bo'lgan bemorlarning ambulatoriya yozuvlari (A, B gepatitlari, C) 19 yoshdan 55 yoshgacha, og'iz bo'shlig'i va yuz-yuz mintaqasining odontogen yallig'lanish jarayonlarining har xil turlari bilan. Natijalar: estrodiol patologiya bilan ta'sirlangan organlar o'rtasida yaqin funktsional munosabatlar mavjud. Monitoring shuni ko'rsatdiki, og'iz bo'shlig'idagi yallig'lanish jarayonlari gepatitning rivojlanishini kuchaytiradi va uning umumiy rasm xususiyatlariga muhim qo'shimcha bo'lib xizmat qiladi. Xulosa: gepatit bilan og'rigan bemorlar asosiy kasallikni davolashni, shuningdek og'iz bo'shlig'i holatini doimiy nazorat qilishni talab qiladi.

Kalit so'zlar: gepatit B, og'iz bo'shlig'i, jigar disfunktsiyasi.

Purpose: Retrospective analysis of outpatient records of patients with comorbidities such as hepatitis A, B, C, with inflammatory processes of the oral cavity and maxillofacial area after tooth extraction performed for emergency indications. Material and methods: According to archival data for three years (2017-2019), on the basis of the clinic of adult surgical dentistry of the Tashkent State Dental Institute, an analysis of 78 case histories of hospitalized patients with hepatitis and 107 outpatient records of patients with concomitant pathology (hepatitis A, B, C) at the age from 19 to 55 years with various types of odontogenic inflammatory processes of the oral cavity and maxillofacial region. Results: In combined pathology, there is a close functional relationship between the affected organs. The monitoring showed that inflammatory processes in the oral cavity aggravate the course of hepatitis and serve as an important addition to the characteristics of its general picture. Conclusions: Patients with hepatitis require treatment of the underlying disease, as well as constant monitoring of the state of the oral cavity.

Key words: hepatitis B, oral cavity, liver dysfunction.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ



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

Ташкентский государственный стоматологический институт

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) является хроническим воспалительным заболеванием слизистой оболочки полости рта. Характеризуется появлением афт с длительным течением и периодическими ремиссиями и обострениями. Большая роль отводится соматическим заболеваниям, усугубляющим течение ХРАС [1,6,8,11,26].

По данным А.И. Рыбакова, Г.В. Банченко (1978), на долю ХРАС приходится 5% от всех заболеваний слизистой оболочки полости рта [25]. Согласно статистике ВОЗ, ХРАС встречается у 20% населения, он имеет широкое распространение среди лиц в возрасте 20–40 лет, причем до полового созревания одинаково часто болеют лица обоего пола, но среди взрослых пациентов преобладают женщины (данные Pindbord) [13,19,22,24].

В.А. Епишев наблюдал хронический рецидивирующий афтозный стоматит в 15,2% случаев [8], по данным Г.В. Банченко, заболевание встречается лишь в 12% случаев [4].

Есть мнение, что причиной заболевания являются аденовирус, L-формы стафилококков, аллергия. Большинство исследователей признают тесную патогенетическую связь между ХРАС и соматической патологией, особенно с заболеваниями ЖКТ [5,6].

К факторам, провоцирующим рецидивы, следует относить травму слизистой оболочки полости рта (СОПР), переохлаждение, обострение болезней пищеварительной системы, стрессовые ситуации, экологические факторы. Стрессовый фактор приводит к выделению норадреналина и дофамина, которые вызывают ишемию СОПР, а в последующем и деструкцию с образованием афт и язв [10,14,15].

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит является изменением трофоневротического характера. В связи с этим представляют интерес исследования В.С. Куликова, подтвердившие роль рефлекторных реакций в патогенезе рецидивирующего афтозного стоматита, связанного с патологией печени [13,16,18,27].

Иммунологические исследования, проведен-

ные у пациентов с ХРАС на фоне патологии гепатобилиарной системы, показали, что наиболее сниженным оказался показатель фагоцитоза – почти в 1,7 раза, что позволяет сделать вывод о снижении показателей факторов местной защиты. Достоверно увеличивается количество штаммов грибов *Candida* (почти в 1,5 раза) и пептострептококков в ротовой полости. У пациентов с ХРАС, имеющих патологию гепатобилиарной системы, развиваются дисбиоз и иммунодефицит ротовой полости [10].

У 36-летней женщины был рефрактерный анкилозирующий спондилит. В 2010 году у нее были изъязвления в полости рта во время лечения основного заболевания, в 2016 году в связи с обострением илеопанкулита в слизистой полости рта опять появились афтозные поражения. После кортикостероидной терапии афты протекали благоприятно, что свидетельствует об иммунологическом факторе в возникновении этих двух эпизодов [29].

В патогенезе ХРАС определенную роль играет перекрестная иммунологическая реакция. Поскольку на слизистой оболочке полости рта и в кишечнике имеется бактериальная флора, антитела могут ошибочно атаковать эпителиальные клетки слизистой оболочки рта в связи со сходством антигенной структуры [18,27,24].

Патогенез патоморфологического процесса ХРАС состоит из трех стадий: а) при депигментированной стадии эритематозного пятна отмечается интерцеллюлярный отек, разрушение межклеточных контактов, цитоллиз; б) при эрозивно-язвенной стадии развиваются некробиотические и некротические процессы, для этой стадии наиболее выражен лейкоцитарный инфильтрат; в) на стадии заживления отмечается функциональная активность эпителиоцитов [2,5,17,23].

К причинам возникновения заболевания относятся также нарушения функции желудочно-кишечного тракта, билиарного тракта, респираторные инфекции. Наличие бактериальной сенсibilизации подтверждается методом кожных проб, реакцией лейкоцитоза с бактериальными аллергена-

ми, повышенной кожной гистаминовой пробой [6,7,16].

По данным С.Ю. Косюги и соавт. [14], 17 (45,9%) из 37 пациентов с ХРАС с патологией ЖКТ страдали хроническим холециститом.

У больных, как правило, обнаруживают нарушения иммунологического статуса местного и общего характера, коррелирующие с тяжестью клинического течения. Длительно текущий хронический воспалительный процесс приводит к истощению защитных механизмов на уровне слизистой оболочки, что сопровождается сменой микробиотического статуса, снижение содержания фракций комплемента С3 и С4 и повышение С5 [3,5,7,10,16,17,27].

Возникновение повторных обострений зависит от ферментного статуса лимфоцитов периферической крови: митохондриальной сукцинатдегидрогеназы и глицерофосфатдегидрогеназы [2,12,20,32].

Клиника ХРАС. Первичным элементом поражения при ХРАС следует считать пузырек, образующийся в результате вакуольной дистрофии клеток эпителиального покрова. Заболевание сопровождается нарушением микроциркуляции, которая играет основную роль в трофическом обеспечении тканей [4,12,32-34].

Афты могут возникать на любом участке слизистой оболочки полости рта. При локализации на маргинальной части десны афты имеют полукруглую форму [6]. Существует несколько форм ХРАС: фибринозная, некротическая, glandулярная, рубцующаяся, деформирующая, лихеноидная [4,8,14].

Чаще всего деформирующая форма ХРАС встречается на языке, при клиническом наблюдении отмечаются афтозные элементы с коротким циклом развития – 3-4 дня, которые называются «абортивной формой» [4,8,13,19,20]. Заживление происходит только через 2-3 недели, после чего остаются поверхностные рубцы (форма Сеттона) [18,26].

При легком течении стоматита одиночные афты рецидивируют 1-2 раза в год, при более тяжелом течении – через 2-3 месяца и чаще, в тяжелых случаях – почти непрерывно. При этом увеличивается и количество элементов поражения, и их глубина [6,23,32].

При каждом рецидиве шейные и подчелюстные лимфатические узлы становятся болезненными и увеличиваются в размере. Возможно небольшое повышение температуры, слабость, головные боли и одновременно высыпание афт на слизистой оболочке половых органов [4,31].

Цитологический состав мазков у больных, взятых с поверхности афт, представлен клетками малоизмененного эпителия и небольшим количеством лейкоцитов, а также формированием язв,

которые встречаются реже эпителиоцитов, выявляются лейкоциты с заметными дистрофическими изменениями [28,30].

При морфологическом исследовании биопсий у пациентов основной группы с болезнью Крона выявлены выраженные дегенеративные изменения в форме вакуолей или баллонов. В подслизистом слое наблюдалось гранулематозное воспаление [28].

Лечение. Лечение ХРАС, особенно развивающегося на фоне соматических заболеваний, затруднено. Подбор индивидуальной комплексной патогенетической терапии в соответствии с особенностями течения процесса обеспечивает успех лечения [4]. Необходимо провести углубленное обследование и консультации смежных специалистов [17,18].

Основные критерии оценки эффективности проводимого лечения ХРАС – состав микробной флоры слюны, уровень секреторного Ig A, фагоцитарная активность лейкоцитов. Комплексное лечение ХРАС учитывает многообразие клинических симптомов. [5,14,16,17].

Эффективным неспецифическим десенсибилизатором и детоксицирующим препаратом является тиосульфат натрия. Препарат назначают внутривенно по 10 мл 3% раствора ежедневно в виде 10% водного раствора по 1,5-3 г на прием [2,3,9,10].

Применение фермента белковой природы лизоцима оправдано в связи с его антимикробным и антивирусным действием. Кроме того, лизоцим нетоксичен, быстро всасывается и в течение 10-12 часов, сохраняется в крови в высокой концентрации. Его вводят внутримышечно по 100 мг 2 раза в день, на курс 20 инъекций [3,11].

Можно проводить аппликации теплых антисептиков с протеолитическими ферментами – трипсином, химотрипсином, лизоцимом, 0,02% раствором фурацилина, 0,06% раствором хлоргексидина [10,12].

Для усиления эпителизации рекомендуется применять аэрозоль триметазол, мазь с прополисом, мазь, содержащую сок каланхоэ, каратолин, 0,3% раствор уснината натрия в пихтовом масле [16,10,21,31].

Пациентам, страдающим рецидивирующим афтозным стоматитом, рекомендуется соблюдать строгую диету, исключая соленую, острую, пряную пищу и возможные аллергены; ежедневно проводить в помещении влажную уборку устранить все очаги хронических инфекций [6,9,32].

Некоторые авторы при выявлении иммунного дисбаланса предлагают использовать препараты с выраженными анксиолитическими и антигистаминными свойствами, такие как атаракс, галавит [20], а также Т-активин, обладающий иммунокорригирующими свойствами [10,20].

Таким образом, ХРАС в настоящее время пред-

ставляет собой важную медицинскую и социальную проблему и по-прежнему остается актуальной задачей, требующей дальнейших исследований [3,6,28,33].

И.М. Рабинович и соавт. [17,18] применяли 0,12% раствор хлоргексидина и обладающий не только дезинфицирующими, но и выраженными обезболивающими свойствами раствор Тантум Верде.

Метрогил дента, имеет приятный освежающий мятный вкус, наносится на пораженные участки 2 раза в сутки, можно использовать комбинацию метронидазола и хлоргексидина, эффективно подавляющих аэробные и анаэробные микроорганизмы [13,21].

Для удаления некротического налета с поверхности элементов поражения рекомендуется применять протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин) [7,20].

Одним из эффективных средств, способствующих эпителизации афт, является солкосерил – дентальная адгезивная паста, содержащая солкосерил и местный анестетик полидоканол [17,18]. Несмотря на огромную значимость системной терапии, большое внимание должно быть уделено местной терапии [3,7,14].

Для подавления патогенной микрофлоры предлагается использовать 0,02% раствор фурацилина, 0,02% раствор этакридина лактата, 0,05% раствор хлоргексидина, гомеопатического средства Траумель [3,16,17,21].

В комплексном лечении ХРАС применяется также физиотерапия, направленная на активацию адаптивных и резервных возможностей организма. Одним из эффективных физических методов является лазерная терапия, фотофорез лекарственных препаратов [18,21].

Прогноз рецидивирующего афтозного стоматита благоприятный, однако при несвоевременном обращении к врачу и неправильной диагностике или при самолечении заболевание приобретает устойчивость к терапии. Выбор оптимальных методов общей и местной терапии должен осуществляться на основе индивидуального подхода к каждому пациенту [10,12].

Таким образом, ХРАС в настоящее время представляет собой важную медицинскую и социальную проблему, алгоритм комплексной терапии лечения ХРАС недостаточно разработан, особенно при наличии фонового заболевания.

Литература

1. Азимбоев Н.Б. Этиология и причины возникновения хронического рецидивирующего афтозного стоматита полости рта (обзор литературы) // Молодой ученый. – 2016. – №26. – С. 189-193.
2. Аханова Ж.Н. Иммунокорригирующая терапия хронического рецидивирующего афтозного стоматита // Наука и здравоохранение. – 2014. – №1.
3. Багаева В.В., Попова В.М., Пашкова Г.С. и др. Изучение эффективности и безопасности применения антимикробных средств // Иссл. и практика в медицине. – 2015. – №2 (3). – С. 35-42.
4. Банченко Г.В. Сочетанные заболевания слизистой оболочки полости рта и внутренних органов. – М.: Медицина, 1979. – 190 с.
5. Булкина Н.В., Токмакова Е.В., Мелешина О.В., Ломакина Д.О. Современные аспекты патогенеза и комплексной терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита // Фундамент. иссл. – 2012. – №4-1. – С. 30-33.
6. Гализина О.А. Основные аспекты возникновения, клинических проявлений, лечения и профилактики хронического рецидивирующего афтозного стоматита // Рос. стоматол. журн. – 2014. – №6. – С. 39-42.
7. Герасимова А.А., Кабирова М.Ф., Герасимова Л.П. и др. Уровень сенсибилизации к аллергенам грибковой этиологии и состояние местного иммунитета при заболеваниях слизистой оболочки полости рта // Пробл. стоматол. – 2017. – Т. 13, №1. – С. 56-60.
8. Епишев В.А. Рецидивирующий афтозный стоматит. – Ташкент, Медицина, 1968. – 72 с.
9. Ермакова И.Д., Дегтяренко Е.В., Хода С.И., Редько А.А. Эффективность применения противовоспалительного препарата при лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита у детей // Питання експериментальної та клінічної медицини: Збірник статей. – Київ, 2013. і Випуск 17, т. 2. С. 255-258.
10. Ибрагимова М.Х. Тактика диагностики и лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта при патологии гепатобилиарной системы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2019. – 62 с.
11. Ибрагимова М.Х., Камилова С.Р. Состояние микробиоценоза и местного иммунного статуса больных ХРАС при хроническом калькулезном холецистите // Актуальные проблемы стоматологии: Материалы 5-й Междунар. науч.-практ. конф. – СПб, 2019. – С. 86-92.
12. Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х. Оценка эффективности комплексного лечения больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом // Ўзбекистон тиббиёт журнали. – 2016. – №4. – С. 2-4.
13. Косаева Ш.К. Хронический афтозный стоматит в практике стоматолога-терапевта (обзор литературы) // Вестн. КазНМУ. – 2014. – №1. – С. 169-170.
14. Косюга С.Ю., Кленина В.Ю., Ашкинази В.И. Анализ структуры сопутствующей общесоматической патологии у пациентов с рецидивирующим афтозным стоматитом // Соврем. пробл. науки и обр. – 2015. – №1 (ч. 1).
15. Лангуев А.И. Хронический рецидивирующий

ший афтозный стоматит у пожилых людей // Клин. геронтол. – 2015. – №9. – С. 71.

16. Недосеко В.Б., Анисимова И.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта, сопровождающиеся изменением биотопа ротовой полости. Диагностика. Применение новых технологий лечения // Институт стоматологии. – 2002. – №4 (17). – С. 40-47.

17. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Банченко Г.В., Разживина Н.В. Коррекция дисбиотических изменений при заболеваниях слизистой оболочки рта: Пособие для врачей. – М.: ЦНИИ стоматологии, 2004. – 16 с.

18. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Панфилова Е.Г., Вахрушина Е.В. Рецидивирующий афтозный стоматит – этиология, патогенез (ч. I) // Стоматология. – 2010. – Т. 89, №1. – С. 71-74.

19. Рыбаков А.И., Банченко Г.В. Заболевания слизистой оболочки полости рта. – М., 1978. – 232 с.

20. Успенская О.А. Этиопатогенетическое обоснование терапии хронического рецидивирующего афтозного стоматита на фоне урогенитальной инфекции: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М., 2015. – 32 с.

21. Шавлохова Д.Т., Дзгоева М.Г., Джанаев Б.М. Исследование антибактериальной активности и клинической эффективности ополаскивателей: хлоргексидин, листерин и карсодил // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, №4. – С. 319.

22. Borilova Linhartova P., Janos J., Slezakova S. et al. Recurrent aphthous stomatitis and gene variability in selected interleukins: a case-control study // *Europ. J. Oral Sci.* – 2018. – Vol. 126, №6. – P. 485-492.

23. Bryan J.W., Wong D.M.D., Wa Sh.Ch. et al. Aphthous stomatitis major in a 4-month-old infant // *J. Emerg. Med.* – 2018. – Vol. 55, №6. – P. e157-e158.

24. Bryan J.W., Wong D.M.D. Interleukin-4 Receptor Alpha Gene Polymorphisms in Recurrent Aphthous Stomatitis (Article) // *Immunol. Invest.* – 2018. – Vol. 47 (Is. 7). – P. 680-688.

25. Cheung W.Sh., Campbell K.M. Aphthous stomatitis major in a 4-month-old infant // *J. Emerg. Med.* – 2018. – Vol. 55, №6. – P. e157-e158.

26. Chiang Ch.-P. et al. Recurrent aphthous stomatitis e Etiology, serum autoantibodies, anemia, hematinic deficiencies, and management // *J. Form. Med. Assoc.* – 2019. – Vol. 118 (Is. 9). – P. 1279-1289.

27. Dhopte A., Naidu G., Singh-Makkad R. et al. Psychometric analysis of stress, anxiety and depression in patients with recurrent aphthous Stomatitis-A cross-sectional survey based study // *J. Clin. Exp. Dent.* – 2018. – Vol. 10, №11. – P. e1109-1114.

28. Feleshtynska O.Y., Dyadyk O.O. Substantiation of diagnosis and treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis in crohn's disease // *Wiadomości Lekar.* – 2020. – Vol. LXXIII, №3. – P. 512-516.

29. Grimaux S., Leducq P. Goupille Ulcérations buccales aphtoïdes inauguraux d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin induite par le sécukinumab Aphthous mouth ulcers as an initial manifestation of sécukinumab-induced inflammatory bowel disease // *Ann. Dermatol. Vénéréol.* – 2018. – P. 676-682.

30. Lalabovna H., Daskalov H. Clinical assessment of the therapeutic effect of low-level laser therapy on chronic recurrent aphthous stomatitis // *Biotech. Biotech. Equip.* – 2014. – Vol. 28, №5. – P. 929-933.

31. Mortazavi H., Safi Y., Baharvand M., Rahmani S. Diagnostic Features of Common Oral Ulcerative Lesions: An Updated Decision Tree // *Hindawi Publ. Corp. Int. J. Dent.* – 2016. – Vol. 2016. – P. 14.

32. Najafi S., Mohammadzadeh M., Rajabi F. et al. Interleukin-4 and Interleukin-4 Receptor Alpha Gene Polymorphisms in Recurrent Aphthous Stomatitis // *Immunol. Invest.* – 2018. – Vol. 47, №7. – P. 680-688.

33. Sherman J.J., Barach R., Whitcomb K.K. et al. Pain and pain-related interference associated with recurrent aphthous ulcers // *J. Orofac. Pain.* – 2007. – Vol. 21. – P. 99-106.

34. Zwiri A.M. Anxiety, Depression and Quality of Life among Patients with Recurrent Aphthous Ulcers // *J. Contemp. Dent. Pract.* – 2015. – Vol. 6, №1. – P. 112-127.

РЕЗЮМЕ. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС) является хроническим воспалительным заболеванием слизистой оболочки полости рта. Наличие соматических заболеваний усугубляют течение ХРАС. В патогенезе ХРАС определенную роль играет перекрестная иммунологическая реакция. Поскольку на слизистой оболочке полости рта и в кишечнике имеется бактериальная флора, антитела, которые там вырабатываются, могут ошибочно атаковать эпителиальные клетки слизистой оболочки рта в связи со сходством антигенной структуры. Пациентам, страдающим рецидивирующим афтозным стоматитом, рекомендуется соблюдать строгую диету, исключая соленую, острую, пряную пищу, проводить ежедневные влажные уборки, устранить все очаги хронических инфекций, отказаться от вредных привычек, приводящих к травматизации мягких тканей и слизистой оболочки полости рта. Пациенты с ХРАС должны посещать стоматолога один раз в 3-4 месяцев.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, сопутствующие соматические заболевания, бактериальная флора.

SUMMARY. Chronic recurrent aphthous stomatitis (HRAS) is a chronic inflammatory disease of the oral mucosa. The presence of somatic diseases aggravates the course of HRAS. In the pathogenesis of HRAS, an immunological cross reaction plays a certain role. Since there is a bacterial flora on the oral

mucosa and in the intestines, the antibodies produced there can mistakenly attack the epithelial cells of the oral mucosa due to the similarity of the antigenic structure. Patients suffering from recurrent aphthous stomatitis are advised to follow a strict diet that excludes salty, spicy, spicy foods, carry out daily wet

cleaning, eliminate all foci of chronic infections, and abandon bad habits that lead to trauma to soft tissues and the oral mucosa. Patients with HRAS should visit the dentist every 3-4 months.

Key words: chronic recurrent aphthous stomatitis, concomitant somatic diseases, bacterial flora.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-94>

УДК: 616.31:616.516-07-08

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ ПОЛОСТИ РТА. КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ



¹Ибрагимова М.Х., ¹Муродова З.У., ²Самадова Ш.И.

¹Ташкентский государственный стоматологический институт,

²Бухарский государственный медицинский институт

Красный плоский лишай (КПЛ) был описан еще в 1869 году Е. Wilson. Однако в стоматологии до сих пор отсутствует единая концепция механизма его развития. КПЛ характеризуется полиморфизмом морфологических элементов, тяжелым хроническим течением и представляет собой серьезную медицинскую и социальную проблему (Банченко Г.В., Кряжева С.С., 1994; Баранник Н.Г., 1995; Володина Е.В., 1998; Buser D. et al., 1997; Carbone M. et al., 1997).

Папула молочно-белого или серо-белого цвета является основным морфологическим элементом при всех формах красного плоского лишая, при экссудативно-гиперемической форме возникает эритема, при эрозивно-язвенной форме развиваются эрозии или язвы, при буллезной форме появляются пузыри, эрозии, при гиперкератотической форме папулы сливаются в бляшки [2,7]. Кроме того, папулы могут быть сливаться в рисунки в виде кружева или сетки (сеть Уикхема).

В настоящее время не существует единого метода лечения этого заболевания, в результате которого наступило бы полное излечение. Существует ряд комплексных методов, способствующих уменьшению тяжести болезни и удлинению сроков ремиссии, а также сокращению сроков эпителизации морфологических элементов поражения. Для достижения стойких результатов в лечении КПЛ слизистой оболочки полости рта (СОПР) необходимо периодически повторять курсы комплексного лечения. Выбор оптимальных методов общей и местной терапии должен осуществляться индивидуально [5].

Согласно классификации А.Л. Машкиллейсона [11], различают шесть клинических форм КПЛ слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ: типичную, гиперкератотическую, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллез-

ную и атипичную [6].

Излюбленным местом локализации КПЛ в полости рта являются дистальные отделы слизистой оболочки щёк (78,5-90,0%), языка (30%), слизистая оболочка альвеолярного отростка / десневой край (13,0-27,5%), значительно реже (1,9-9,3%) страдают слизистая оболочка нёба и красная кайма губ. КПЛ СОПР характеризуется такими клиническими особенностями, как хроническое рецидивирующее течение, полиморфизм клинических проявлений и реальная возможность опухолевого перерождения в 16,3% случаев [6,11].

Лечение КПЛ СОПР представляет собой трудную клиническую задачу в связи с тем, что до настоящего времени этиология и патогенез данной патологии окончательно не выяснены [8]. Необходимо уделять внимание выявлению сопутствующих заболеваний, в основном печени, гиповитаминоза, нарушений деятельности центральной и вегетативной нервной системы и др. При выявлении таких нарушений схему лечения следует составлять только после совместной консультации со специалистом другого профиля [6,11].

Большинство специалистов, придерживаясь гипотезы иммунологического механизма, при лечении тяжёлых и рецидивирующих форм КПЛ СОПР предпочтение отдают глюкокортикоидам [21]. Препараты этой группы обладают как противовоспалительными, так и иммунодепрессивными и гипосенсибилизирующими свойствами. В лечении КПЛ длительное время использовали схемы с применением системных глюкокортикоидов: преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон, триамцинолон, обладающих относительно невысокой терапевтической активностью, но большим спектром осложнений и побочных эффектов [12,14,24].

Ряд авторов, которые в случаях упорного течения применяли глюкокортикоиды в виде инъекций

под элементы поражения КПЛ СОПР, указывают на сокращение сроков эпителизации эрозивно-язвенных элементов, при этом терапевтическая эффективность составила 68,0-75,0% [1]. Однако осложнением при применении данного метода часто становится грубое рубцевание СОПР в месте инъекций [3].

По мнению Т.В. Либик (2010) и многих зарубежных специалистов, в лечении КПЛ СОПР высокоэффективны местные противовоспалительные средства на основе ингибиторов кальциневрина (1% пимекролимус, 0,1% такролимус), которые, начиная с 2004 года, широко (по показаниям) применяются за рубежом [26].

В комплексном лечении больных КПЛ СОПР определённое место отводится гипосенсибилизирующей терапии. Рекомендуют применение антигистаминных препаратов 3-го поколения, которые не вызывают седативного эффекта: лоратадин (кларитин), цетиризин (зиртек), дипразин, дезлоратадин (эриус), фексофенадин (телфаст) [12].

Сторонники инфекционной теории считают, что первым этапом в лечении КПЛ должна быть антибиотикотерапия, при этом уделяется внимание антибиотикам широкого спектра действия – макролидам. В отечественной практике для лечения эрозивно-язвенных форм КПЛ успешно используют антипротозойный препарат метронидазол [22]. Учитывая возможную роль вирусов в этиологии КПЛ, ряд авторов [10] считают целесообразным в комплексное лечение включать противовирусные препараты. При кандидозной инфекции используют противогрибковые препараты – флуконазол, кетоконазол [4].

Доказано наличие дисбиотических сдвигов и дисбактериоза у пациентов с КПЛ СОПР, что обосновывает необходимость включения в схему комплексной терапии заболевания препаратов, нормализующих микрофлору: нормазе, лизоцим-содержащий препарат бифилиз, лактусан и лактосодержащие пробиотики, эубиотики, бифидумбактерин форте, линекс, бификол, лактобактерин [20].

Учитывая тесную связь КПЛ с патологией ЖКТ, обосновывается включение в комплекс лечебных мероприятий средств, усиливающих скорость и полноту пристеночного пищеварения, а также фестал, колибактерин, желчегонные травы и тыквеол, усиливающих всасывание углеводов в кишечнике [25].

При сочетании КПЛ с вирусной или микробной инфекцией наиболее эффективен препарат иммунофан. Использование ликопада в комплексном лечении КПЛ позволяет повысить иммунологический эффект [15,23].

При тяжёлых формах КПЛ в сочетании с соматической патологией хорошо зарекомендовал себя новый препарат полиоксидоний, который приме-

няют как иммуномодулятор, детоксикант, пролонгирующий и носитель многих фармакологически активных соединений [15]. По мнению исследователей, полиоксидоний является незаменимым препаратом в общем лечении КПЛ благодаря антиоксидантному эффекту [17].

Местное лечение, которое является одним из звеньев комплексной терапии, заключается в санации полости рта и устранении очагов хронической инфекции и травмирующих факторов. Поскольку эрозии и язвы проявляются выраженным болевым синдромом, важным в местном лечении является местное аппликационное обезболивание [23].

Для усиления эпителизации элементов поражения применяются аппликации масляных растворов витаминов А и Е, 5-10% метилурациловая мазь, каротоллин, масло облепихи и шиповника, солкосерил, дентальная адгезивная паста в виде аппликаций на поверхность эрозий и язв [18].

Т.И. Лемецкая в качестве альтернативы предложила лечить КПЛ СОПР комплексными гомеопатическими препаратами [9]. В схему комплексного лечения КПЛ СОПР включают физиотерапевтические методы [13]. В настоящее время с успехом используются фотодинамическая терапия (ФДТ) [16,26], фотохимиотерапия (PUVA) [27], лазерная терапия.

Таким образом, в настоящее время общепринятого метода лечения КПЛ, приводящего к полному излечению, не существует. Известные комплексные методы лечения способствуют снижению тяжести заболевания, удлинению сроков ремиссии, сокращению сроков эпителизации патологических элементов, уменьшению их количества и размеров. В связи с этим в настоящее время продолжается поиск новых методов комплексного лечения, направленных на устранение воспаления, ускорение эпителизации, предупреждение рецидивов заболевания и удлинение ремиссии.

Литература

1. Аксамит Л.А., Цветкова А.А. Вопросы диагностики и лечения красного плоского лишая на слизистой оболочке рта // Клини. стоматол. – 2015. – №1. – С. 20-23.
2. Баязитова Л.Т., Лисовская С.А. и др. Оценка микробной контаминации очагов поражения красным плоским лишаем слизистой оболочки полости рта // Пробл. мед. микол. – 2015. – Т. 17, №2. – С. 45-46.
3. Бекжанова О.Е., Шукурова О.А. Клиническая оценка патогенетически ориентированной схемы лечения красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Мед. журн. Узбекистана. – 2017. – №4. – С. 17-20.
4. Белозерцева О.П., Федотова М.В. Сравнительный лечебный эффект Аргокола и Фармадонта с использованием устройства для пролонгированного действия препаратов, при местном лечении

красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Scitechnology. – 2019. – №19. – С. 3-11.

5. Борк К., Бургдорф В., Хеде Н. Болезни слизистой оболочки полости рта и губ. Клиника, диагностика и лечение: Атлас и руководство/ Пер. с нем. – М.: Мед. лит-ра, 2011.

6. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. – М.: Медицина, 2001.

7. Дмитриева Л.А., Максимовский Ю.М. Терапевтическая стоматология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

8. Камилов Х.П., Ибрагимова М.Х., Асильбекова Н.О. К вопросу лечения эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая на слизистой полости рта // Мед. журн. Узбекистана. – 2015. – №6. – С. 15-18.

9. Лемецкая Т.И., Зорян Е.В., Аллик Е.Л. Применение комплексных гомеопатических препаратов в лечении красного плоского лишая // Стоматол. для всех. – 2002.

10. Леонтьева Е.С. Стоматологические проявления красного плоского лишая и прогностическая значимость факторов, влияющих на его течение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 2014. – 26 с.

11. Машкиллейсон А.Л. Красный плоский лишай // Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. – М.: Медицина, 1984.

12. Македонова Ю.А., Фирсова И.В., Михальченко Д.В. и др. Оптимизация местной медикаментозной терапии больных эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая слизистой оболочки рта // Клин. стоматол. – 2018. – №2 (86). – С. 38-42.

13. Молочкова Ю.В. Ингибиторы кальциневрина и медиаторов воспаления в топической терапии эрозивного красного плоского лишая полости рта // Клин. дерматол. и венерол. – 2015. – Т. 14, №1. – С. 63-67.

14. Нажмутдинова Д.К. Клобетазол в терапии красного плоского лишая // Вестн. дерматол. и венерол. – 2011.

15. Рабинович О.Ф. Лечение больных красным плоским лишаем иммунокорригирующими препаратами ликолипид и полиоксидоний // Иммунология. – 2004.

16. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Гусева А.В. Лечение пациентов с тяжелыми формами красного плоского лишая слизистой оболочки рта с применением фотодинамической терапии // Стоматология. – 2016. – Т. 95, №4. – С. 27-30.

17. Рабинович О.Ф., Ханукова Л.М., Пинегин Б.В. Особенности иммунной системы и роль её нарушений в развитии красного плоского лишая // Стоматология. – 2000.

18. Рабинович О.Ф., Эпельдимова Е.Л. Применение кератопластических препаратов местного

действия при лечении рецидивирующего афтозного стоматита и красного плоского лишая // Естеств. науки. – Ч. 25. Стоматология. – Самара, 2003.

19. Тарасенко С.В., Шатохин А.И., Умбетова К.Т., Степанов М.А. Т-клеточное звено иммунитета в патогенезе плоского лишая слизистой оболочки рта // Стоматология. – 2014. – №1. – С. 60-63.

20. Усманова И.Н., Герасимова Л.П., Хисматулина З.Р. и др. Оценка результатов комплексной терапии красного плоского лишая слизистой оболочки рта // Пробл. стоматол. – 2019. – Т. 15, №2. – С. 37-44.

21. Хамаганова И.В. Адвантан (метилпреднизолон ацепонат) в комплексном лечении красного плоского лишая // Вестн. дерматол. и венерол. – 2004.

22. Хинова И.В. Хронические заболевания слизистой оболочки полости рта // Стоматология (София). – 1990.

23. Чуйкин С.В., Акмалова Г.М., Гильманов А.Ж., Гареев Е.М. Состояние проницаемости гематосаливарного барьера при красном плоском лишае слизистой оболочки рта // Пробл. стоматол. – 2016. – №1. – С. 11-18.

24. Шакирова А.В., Тарасова Ю.Г., Злобина О.А. и др. Эффективность различных топических кортикостероидных препаратов при лечении эрозивных форм плоского лишая // Соврем. пробл. науки и обр. – 2015. – №2-1. – С. 94.

25. Шумский А.В., Трунина Л.П. Красный плоский лишай полости рта. – Самара, 2004.

26. Aghahosseini F., Arbabi-Kalati F., Fashtami L.A. et al. Methylene blue-mediated photodynamic therapy: a possible alternative treatment for oral lichen planus // Lasers Surg. Med. – 2006.

27. Kuusilehto A., Lehtinen R., Happonen R.P. et al. An open clinical trial of a new mouth-PUVA variant in the treatment of oral lichenoid lesions // Oral Radiol. Endod. – 1997.

РЕЗЮМЕ. Красный плоский лишай (КПЛ) впервые был описан в 1869 г. Однако в клинической дерматологии и стоматологии единая концепция патогенеза этого заболевания до сих пор не выработана. Существуют несколько клинических форм КПЛ, однако основным морфологическим элементом независимо от формы является папула молочно-белого или серо-белого цвета. В то же время при экссудативно-гиперемической форме развивается эритема застойного типа, при эрозивно-язвенной форме наблюдаются гиперемия, эрозия или язва, при буллезной форме возникают пузыри и эрозии, а при гиперкератотической форме папулы сливаются в бляшки. Предложен ряд комплексных методов лечения, способствующих снижению тяжести болезни, приводящих к удлинению сроков ремиссии и сокращению сроков эпителизации патологических элементов, однако

полного излечения не наступает.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, красный плоский лишай, лечение.

SUMMARY. Lichen planus (LP) was first described in 1869. However, in clinical dermatology and dentistry, a single concept of the pathogenesis of this disease has not yet been developed. There are several clinical forms of LP, but the main morphological element, regardless of the shape, is a milky-white or gray-white papule. At the same time, with an exudative-hyperemic form, erythema of a

stagnant type develops, with an erosive-ulcerative form, hyperemia, erosion or ulcers are observed, with a bullous form, bubbles and erosion occur, and with a hyperkeratotic form, papules merge into plaques. A number of complex methods of treatment have been proposed that help to reduce the severity of the disease, leading to an extension of the remission period and a reduction in the epithelialization of pathological elements, but a complete cure does not occur.

Key words: oral mucosa, lichen planus, treatment.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-95>

УДК: 616.31-002.157.2 – 02-092

СУРУНКАЛИ ҚАЙТАЛАНУВЧИ АФТОЗ СТОМАТИТНИНГ ЭТИОПАТОГЕНЕЗИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР



Алимова Д.М., Абдуллаева М.Р., Бахрамова Ф.

Кафедра факультетской терапевтической стоматологии ТГСИ

Долзарблиги. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит оғиз шиллиқ қаватининг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, даврий ремиссия ва тез-тез элементлари билан кечадиган афтаннинг пайдо бўлиши билан тавсифланади. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит кучайиши туфайли стоматологиянинг жиддий муаммосидир [3].

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит патогенезида қайси омиллар устунлик қилиши ва касалликка мойил бўлганлиги аниқ аниқланмаган. Бунинг пайдо бўлиши ва ривожланишида маълум рол ирсий ва конституциявий омиллардир [9,10].

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит ривожланишининг асосий омиллари стафилококклар, стрептококклар, ОИВ инфекцияси, аллергия (озиқ-овқат, гиёҳванд моддалар), иммунитет ва отоиммун касалликлар, овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари, жигар, ошқозон ости бези, нейротрофик касалликлар, генетик мойиллик, касбий ва ишлаб чиқариш хавфлари (хром аралашмалари, цемент, бензин, фенол, протез материаллари) [4].

Ҳозирги вақтда ушбу касалликнинг энг еҳтимолли сабаблари: герпес симплекс вируси, цитомегаловируснинг юкумли аллергияси, герпес симплекс вируси ёки цитомегаловируснинг аниқланиши билан тасдиқланади; генетик мойиллик; табиати очилмаган қон касаллиги.

Сўнгги пайтларда сурункали қайталанувчи афтоз стоматит маҳаллий патологик жараён эмас, балки бутун организм касаллигининг намоиши сифатида қабул қилинади. Қайтарилишни келтириб чиқарадиган омиллар орасида оғиз шиллиқ қаватининг травмаси, гипотермия, овқат ҳазм қилиш

тизими касалликларининг кучайиши, стрессли вазиятлар, климатогеографик омиллар бўлиши керак. Стоматитнинг келиб чиқиш сабабларини дастлабки кўриб чиқишда. Оғиз бошлигининг механик тирнаш хусусияти назарияси кўриб чиқилиши керак. Аслида, шикастланиш фақат провокацион омил. Кўп муаллифлар сурункали қайталанувчи афтоз стоматит вирусли этиологияси фойдасига гапиришади.

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит - бу жуда кенг тарқалган патология. Сўнгги йилларда ушбу касалликнинг асоратлари ривожланишида барқарор ўсиш кузатилмоқда. Барча беморлар касалликнинг клиник кечиш даражаси билан боғлиқ бўлган маҳаллий ва умумий табиатнинг иммунологик ҳолатини бузганликларини кўрсатдилар [6,9].

Касалликнинг патогенези ва курсида 3 давр ажратилади: продромал; энгил, ўртача ва оғир зўравонлик шаклида давом этадиган тошма даври; касалликнинг йўқ бўлиб кетиш даври [6].

Турли олимларнинг фикрига кўра, сурункали қайталанувчи афтоз стоматитнинг тарқалиши турли аҳоли гуруҳлари учун фарқ қилади. 1968 йилда Епишев В.А. ошқозон-ичак тракти касалликларига чалинган беморларнинг 87,8 фоизиди тақрорий стоматитни аниқлади. Тадқиқотларга кўра, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг бошқа касалликлари орасида сурункали қайталанувчи афтоз стоматит 5% ҳолларда аниқланган [8,10].

Зотан 1956 йилда И.Г. Лукомский ва И.О. Новик сурункали қайталанувчи афтоз стоматит пайдо бўлишининг аллергик хусусиятини тақлиф қила

олди. Аллерген сифатида озиқ-овқат маҳсулотлари, тиш пасталари, чанг, куртлар ва уларнинг метаболик маҳсулотлари, доривор моддалар бўлиши мумкин. Марказий ва автоном асаб тизимининг функционал бузилишлари, бурунхалқум сурункали яллиғланиш касалликлари (отит, ринит, тонзиллит), В1, В12, С, Fe, гиповитаминозлари ҳам касалликнинг сабаблари ҳисобланади.

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит пайдо бўлишида маълум аҳамият ирсий омиллардир. Баъзи илмий ишларда ушбу патологияси бўлган беморларда ушбу касалликка генетик мойиллик мавжудлиги ҳақида хабарлар мавжуд. Оилавий касалликларнинг тавсифлари мавжуд, уларнинг частотаси 12 дан 80% гача.

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит келиб чиқишининг нейрогеник, иммунитетли, юқумли аллергия назарияси мавжуд (И.М. Рабинович, 1999; В.И. Спицина, 2002; С.Т. Сохов, 2007; 2009; О.Ф. Рабинович, 2010; А. Болдо, 2008).

Кўпгина тадқиқотчилар сурункали қайталанувчи афтоз стоматитни миёкард инфаркти билан таққослашади, чунки психоемоционал омиллар таъсири остида қон ивиш тизими бузилади. 40% ҳолларда сурункали қайталанувчи афтоз стоматитдаги реологик касалликлар посткапиллар венулар деворлари орқали плазма терлаши, ёпишқоқлик ва қон концентрациясининг ортиши, қон оқимининг пасайиши ва қизил қон хужайралари агрегатлари шаклланиши билан тавсифланади.

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит бузилган микроциркуляция билан бирга келади, бу тўқималарнинг трофик қўллаб-қувватланишида катта рол ўйнайди. Микроциркуляция дисфункциясининг дастлабки белгиларидан бири бу артериал томирларнинг маҳаллий спазми, веналар томирларида тиқилиб қолиш, шунингдек, капилляр тўшакнинг озукавий бўғинида қон оқими интенсивлигининг пасайиши (Е.Г. Сабанцева, 2005).

Бир қатор олимлар ушбу касалликнинг ривожланиши стресс омиллари таъсири остида тананинг иммун реактивлигидаги ўзгаришлар фонида бактерияларнинг яширин шакллари (стрептококklar ва стафилококklar) ва вирусларнинг фаоллашиши натижасидир, деб ҳисоблашади. Шу билан бирга, 40% ҳолларда реологик касалликлар посткапиллар венуларларнинг деворлари орқали плазма терлаши, ёпишқоқлик ва қон концентрациясининг ортиши, қон оқимининг пасайиши ва қизил қон хужайралари агрегатлари шаклланиши билан тавсифланади.

Асарларнинг кўплиги асаб тизимининг сурункали қайталанувчи афтоз стоматит ривожланишидаги ролини асаб тизимининг бузилиши нуктаи назаридан кўриб чиқишни таклиф қилади. Клиник ва экспериментал тадқиқотлар бу касалликнинг овқат ҳазм қилиш тизимининг касалликлари билан патогенетик муносабатларининг рефлекс принципини тасдиқлади. Кўпгина олимлар жи-

гар патологияси билан боғлиқ касаллик патогенезида рефлекс реакцияларнинг ролини тасдиқлашади. Кўпинча, бунинг мағлубияти ошқозон, жигар, ичак ва бошқалар касалликларининг биринчи аломатидир.

Яқинда адабиётларда сурункали қайталанувчи афтоз стоматит ривожланишининг стресс механизмини тасдиқловчи жуда кўп асарлар пайдо бўлди.

Стресс омили оғиз бушлигининг шиллик қавати ишемиясига олиб келадиган норепинефрин ва допаминни чиқарилишига ва кейинчалик чуқур афта ва ошқозон яраси пайдо бўлиши билан йўқ қилинишига олиб келади.

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматитда келиб чиқадиган чуқур гиповитаминоз С ни даволашда ушбу витаминдан фойдаланишни талаб қиладиган кўплаб метаболик касалликлар қўзғатувчилардан бири сифатида кўриб чиқилиши керак. Гиповитаминоз С фонида коллаген ҳосил бўлиш жараёни ва шунинг учун гранўласён тўқималарининг ривожланиши биринчи навбатда инхибе қилинади.

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит асосан илгари ҳеч қачон чекмаган еркакларда учрайди. Чекишнинг таъсири оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг кератинациясининг кўпайиши билан боғлиқ, бу ҳарорат омилига доимий таъсир қилиш натижасида юзага келади. Албатта, бу чекишни стоматитнинг олдини олиш воситаси сифатида тарғиб қилиш керак дегани емас. Чекиш, кўплаб тадқиқотлар исботлаганидек, инсоннинг кўплаб жиддий касалликларининг сабаби ҳисобланади. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит патогенезида сиалогеник омилнинг муҳим роли Е. Е. Скляр (1983) томонидан ўтказилган клиник ва экспериментал кузатувлар натижалари билан кўрсатилган.

Сурункали яллиғланиш жараёнларининг патогенезида муҳим рол оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг микробиоценоз ҳолатига тегишли еканлиги аниқланди (Давыдова Т.Р. 2001; Хан А.Л. 2001; Сафронова Л.А., 2003; Марчини Л. ва бошқалар, 2007). Унинг метаболизм, витамин синтези, иммунитет ҳолатини шакллантириш ва ўзига хос бўлмаган қаршилик жараёнларидаги иштироки исботланган. Сўнгги йилларда оғиз бўшлиғи микрофлорасининг сурункали қайталанувчи афтоз стоматит билан ўзаро таъсири ва таркиби хусусиятларига алоҳида еътибор берилмоқда. Сурункали қайталанувчи афт стоматит билан оғриган беморларда оғизни химоя қилишнинг маҳаллий омиллари - лизоцим концентрациясининг пасайиши, бета-лизинларнинг кўпайиши, оғиз суюқлигидаги секретор ва зардоб таркибининг пасайиши исботланган.

Оғиз бўшлиғида такрорий афзал стоматит билан, микробиологик уюшмалар коккал флораси билан ифодаланади, унда коагулаза-манфий стафилококklar ва анаэроб кокklar (пептококklar, пептострептококklar) муҳим ўрин егаллайди,

кўзқоринлар ва Есчерича соли ҳам учрайди. Такрорий афтоз стоматитининг давомийлиги ва вирусли микроорганизмлар сони ўртасида тўғридан-тўғри алоқа ўрнатилди, бу оғиз шиллиқ қаватининг қаршилигининг пасайишини кўрсатади. Унинг юзасидаги микробиологик уюшмалар сони касалликнинг оғирлигига ҳам боғлиқдир.

Оғиз бўшлиғи кўпинча лактобактериялар томонидан колонизация қилинади. Ушбу микроорганизмлар протеазлар, пептидазалар ва бактериоцитларни ишлаб чиқаришга қодир, организмнинг ички муҳитининг доимийлигини таъминлаш учун физиологик муҳим функцияни бажаради.

Ушбу микроорганизмлар ўзига хос бўлмаган қаршилиқни таъминлашда иштирок этади ва атроф-муҳит тўсиғининг бир қисмига айланади. Бундай ҳолда, лактобактериялар патоген микроорганизмларга антагонистик таъсир кўрсатади, эпителия хужайраларининг рецепторларини блоклайди, ўзларини патогенларнинг ёпишишидан сақлайди [1,2,7].

Бактериал флора (*Str. mutans*, *Str. sanguis*, *Str. salivarius*, *Str. mitis*) ва антикорлар оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида ва ичакда мавжуд [3,11].

Оғиз бўшлиғи ва овқат ҳазм қилиш тизими аъзоларининг анатомик ва физиологик яқинлиги, иннервация ва гуморал тартибга солиш умумийлиги ошқозон-ичак тракти органларида турли хил касалликлар билан оғиз бўшлиғи органларини патологик жараёнга жалб қилиш учун зарур шарт-шароитларни яратади. Борисенко Г.Г. ва бошқалар морфологик тадқиқотлар олиб борган ва ошқозон-ичак тракти касалликларида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги сезиларли зарарли ўзгаришларни ва яллиғланиш аломатларини визуализация қилишдан олдин ҳам таъкидлаган. Оғиз бўшлиғининг яллиғланиш жараёнларининг ўзаро боғлиқлиги ва овқат ҳазм қилиш тизимининг патологияси кўплаб тадқиқотчилар томонидан қайд этилган.

Улар оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати рецепторлари ҳолати ошқозон-ичак трактининг секретор ва мотор фаоллигига таъсир қилишини исботладилар. Антонидес Д.З. и Ху В.нинг фикрига кўра, оғиз бўшлиғидаги патологик кўриниш ички органлар ва тизимларнинг турли хил касалликларида биринчи аломатдир ёки бузилишларнинг пайдо бўлишига туртки берувчи омил бўлиб, бу бир вақтнинг ўзида тиш шифокори ва гастроентеролог билан маслаҳатлашишни талаб қилади.

Нейтрофилларнинг фагоцитик ва ҳазм қилиш функцияларини, қон зардоби ва бактерицид фаоллиги пасайиши аниқланди, лизозим даражаси кескин пасайган. Шуниси еътиборга лойиқки, оғиз микроорганизмлари умумий антигенлик детерминантли автоаллергик хусусиятга ега бўлиб, шиллиқ қават эпителий билан бирга хужайра ва гуморал иммун реакцияларни кўзғатиши ва эпителия тўқималарига зарар етказиши мумкин. Сурун-

кали қайталанувчи афт стоматит ривожланишида оғиз стрептококкларининг айрим турлари ва унинг Л-шакли айбдор микроорганизмлардир.

О. Ф. Рабинович ва бошқ. етиологияси ва патогенезининг асоси отоиммун назарияси деб ҳисоблашган, бу сизга патологик элементларнинг пайдо бўлишини хужайра ва гуморал иммунитетнинг бузилиши билан, ҳам маҳаллий, ҳам умумий билан боғлаш имконини беради. Иммунологик ва еркин радикал ҳолатининг бузилиши оғиз шиллиқ қаватининг сурункали касалликлари ва прогнозларига таъсир қилиши мумкинлиги маълум (Солломон Л.В. ва бошқалар, 2007; Торгерсон Р.Р. ва бошқалар, 2007).

ИЛ-2, ИЛ-10 каби цитокинлар, айниқса ФНО-алфа ҳам рол ўйнайди. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит патогенезида ушбу касалликнинг ривожланишида етакчи рол иммунитет тизимининг бузилишларига ҳам тегишли. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматитда ўзига хос бўлмаган хужайра ва гуморал ҳимоя омилларининг кўрсаткичлари ўзгаради ва маҳаллий оғиздан ҳимоя омилларининг бузилиши аниқланади. Касаллик шиллиқ қаватнинг яллиғланиш тасири, оғриқли афтаннинг мавжудлиги, клиник кўринишларнинг полиморфизми ва даволашнинг аҳамиятсизлиги билан бирга келади. Иммун тизимининг вужудга келадиган бузилиши иммунитетни ҳимоя қилиш ишида аниқланган бузилишлар учун иммункоррекция усуллари қўллашни талаб қилади [12].

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит кечиктирилган юқори сезувчанлик турига, шунингдек II ва III турдаги реакциялар кузатиладиган аралаш аллергия турига қараб ривожланади. Цитотоксик тур (II) IgE ва IgM воситачилиги билан антиген ҳар доим хужайра мембранасига боғланган. Реакция хужайра мембранасига зарар етказадиган комплекментнинг иштирокида ўтади. Имунокомплекс типидagi (III) аллергия реакция билан иммунитет комплекслари организмдаги антигени жуда кўп қабул қилиш билан қон томир тўшагида ҳосил бўлади. Иммунитет комплекслари қон томирларининг хужайра мембраналарида тўпланиб, шу билан эпителиал некрозга олиб келади. Ig3 ва IgM реакцияда иштирок этади. Иккинчи турдаги аллергия реакциядан фарқли ўлароқ, имунокомплекс туридаги антиген хужайра билан боғлиқ емас. Отоиммун жараёнларда ўз тўқималарининг отоантителлар ёки сезгирланган лимфоцитларнинг ривожланиши содир бўлади. Ўзига нисбатан иммунитетни «тақиқлаш» ни бузиш сабаби ҳар қандай зарарли таъсир натижасида ёки ўзаро таъсир етувчи антигенларнинг мавжудлиги туфайли ўз антигенларининг модификацияси бўлиши мумкин. Иккинчиси тана хужайралари ва бактерияларга хос бўлган тузилиш жиҳатидан ўхшаш детерминантларга ега.

Отоиммун касалликлари кўпинча лимфопро-

лифератив жараёнлар ва Т-хужайрали иммунитет танқислиги билан бирлашади. Хусусан, сурункали қайталанувчи афтоз стоматит ривожланишида Т-супрессорлар нуқсон қайд етилган. Шуниси еътиборга лойиқки, сурункали қайталанувчи афтоз стоматит билан оғриган беморларда лимфоцит популяцияси орасида хужайралар сони 40%, норма еса 25% ни ташкил қилади. Шуниси қизиқки, енг кенг тарқалган сурункали қайталанувчи афтоз стоматити II қон гуруҳи бўлган одамларда учрайди. Шубҳасиз, бу Z синфидаги иммуноглобулинларнинг кўплиги билан боғлиқ. Бир неча муаллифлар такрорий афтоз стоматит патогенезида отоиммун жараёнларнинг аҳамиятини таъкидламоқда. Шундай қилиб, масалан, сурункали қайталанувчи афтоз стоматитда шиллиқ қаватни иммунофлоресанс микроскопик текширувида беморларнинг деярли ярми пойдевор мембранаси зонасида, 1/3 қисми қон томир деворида яралар пайдо бўлишини кўрсатдилар. Ёруғлик учинчи комплимент фракцияси ва фибриннинг, баъзан еса ИгГ ва ИгМ бирикмаларидан келиб чиққан. Ушбу маълумотлар такрорий афтоз стоматитида тўқималарни шикастланишида аниқланган айланма иммунитет комплекслари рол ўйнашини кўрсатади.

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматитнинг қайталаниши Т-периферик қон лимфоцитлари етишмовчилиги фонида юзага келади. Бундан ташқари, левамизол барча беморларда ин витро таркибида Т-лимфоцитларининг розет ҳосил қилувчи функциясини рағбатлантирмаслиги аниқланди. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит патогенезида антителлар бўлган оғиз бўшлиғи ва ичакнинг шиллиқ қаватида бактериял флора мавжудлиги сабабли ўзаро иммунитетли реакция ҳам муҳим рол ўйнаши мумкин. Бу шиллиқ қаватининг эпителиал хужайраларига нотўғри антигеник тузилишини бактериалогик тузилишга ўхшашлиги сабабли, афтаннинг пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматит оғриган беморларда ЛПО жараёнларининг интенсивлиги ошиши ва антиоксидант тизимининг кийинлашиши қайд етилган. Лизоцим концентрациясининг пасайиши ва қон зардобидида ва оғиз суюқлигидаги бета-лизинлар даражасининг ошиши, шунингдек, С3 ва С4 комплемент фракциялари таркибида пасайиш ва С5 нинг кўпайиши аниқланди. Узоқ вақт давомида мавжуд бўлган сурункали яллиғланиш жараёни шиллиқ қават даражасида химоя механизмларининг емирилишига олиб келади, бу еса микробиотик ҳолатнинг ўзгариши билан бирга келади.

Такрорий катишини периферик қон лимфоцитларининг ферментатив ҳолатини ўрганиш орқали тахмин қилиш мумкин: митохондриял сукцинат дегидрогеназа ва глицерофосфат дегидрогеназа. Сурункали қайталанувчи афтоз стоматити бўлган беморларда оғиз суюқлигидаги гистамин ва кар-

бамид микдори лизоцим фаоллигининг сезиларли даражада пасайиши билан ортади. Гистамин микдори ва лизоцимнинг ферментатив фаоллиги ўрта-сида кучли тесқари корреляция ўрнатилди [5].

Сурункали қайталанувчи афтоз стоматитнинг гистологик текширувида шиллиқ қаватнинг чуқур фибриноз-некротик яллиғланишини аниқланади. Жараён бириктирувчи тўқима қатламининг ўзгариши билан бошланади; вазодилатация қилинганидан кейин кичик периваскуляр инфильтрация, эпителийнинг тик қаватидаги шиш, кейин губка ва микроковаклар пайдо бўлади. Алтератив ўзгаришлар эпителия некрозига ва шиллиқ қаватнинг ерозиясига олиб келади. Эпителия нуқсони фибрин билан тўлдирилган бўлиб, у ости тўқималари билан мустаҳкам бирикади [14].

Хулоса:

Шундай қилиб, сурункали қайталанувчи афтоз стоматитнинг етиологияси ва патогенези ҳали ҳам тўлиқ тушунилмаган ва кўшимча тадқиқотларни талаб қилади. Бир қатор муаллифларнинг санаб ўтилган илмий ютуқлари кейинги изланишларга тўртки бўлади.

Адабиётлар руйхати:

1. Алимова Д.М., Камилов Х.П. Повышение эффективности лечения рецидивирующего афтозного стоматита с применением озона: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. – Т, 2018. – С. 38.
2. Алимова Д.М., Камилов Х.П., Бекжанова О.Е. Роль про и противовоспалительных цитокинов в патогенезе рецидивирующего афтозного стоматита. Клиническая стоматология. – М. №1, 2017. С. 20-24.
3. Aghdaee, N.A. Complications of Complete Dentures Made in the Mashhad Dental School / N.A. Aghdaee, F. Rostamkhanib, M. Ahmadi // Journal of Mashhad Dental School, Mashhad University of Medical Sciences. -2007. -Vol. 31 (Special Issue). - Pp. 1-3.
4. American Urological Association. Guideline for the Surgical Management of Female Stress Urinary Incontinence. - 2009 Update. American Urological Association. - 2009.
5. Villa, A. Oral cancer and oral erythroplakia: an update and implication for clinicians / A. Villa, C. Villa, S. Abati // Aust Dent J. - 2011. - 56. - Pp. 253-256.
6. Гилева, О.С. Комплексная стоматологическая реабилитация больных с заболеваниями слизистой оболочки полости рта: рациональные подходы к протетическому лечению / О.С. Гилева [и др.] // Стоматология для всех. - 2013. - № 4. - С. 9-14.
7. Камилов Х.П., Алимова Д.М. Современные аспекты клиники и этиопатогенеза рецидивирующего афтозного стоматита. Ўзбекистон тиббиёт журнали. -Т. №3. 2015., С. 86-90.
8. Лысенко, К.А. Перинатальные аспекты микоплазменной инфекции / К.А. Лысенко, В.Л. Тютюнник // Акушерство и гинекология. - 2007.

-№4.-С. 8-11

9.Рабинович, И.М. Рецидивирующий афтозный стоматит-этиология патогенез (часть I) / И.М. Рабинович, О.Ф. Рабинович, Е.Л.Панфилова, Е.В. Бахрушина // Стоматология. - Медиа сфера. - 2010. - 1. - С. 71-74.

10.Рабинович, О.Ф. Лечение больных с рецидивирующим афтозным стоматитом, осложненным дисбактериозом полости рта / О.Ф. Рабинович [и др.] //Клиническая стоматология. - 2009. - №3. - С. 18-20.

11.Токмакова, С.И. Применение низких температур для устранения болевого симптома при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите / С.И. Токмакова, Л.Ю. Старакожева, Т.Н. Улько // Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в стоматологии: материалы научно-практической конференции. - Томск, 2006.- 155-158 с.

12. Цветкова А.А. Иммунокорректирующая терапия заболеваний слизистой оболочки полости рта. Автореф. канд дисс.... - М. - 2008, - 67с.

13.Cherry, A.B. Reprogramming cellular identity for regenerative medicine / A.B. Cherry, G.Q. Daley // Cell. - 2012. - 148. - 1110 pp.

14.White S.C., Mallya S.M. Update on the biological effects of ionizing radiation, relative dose factors and radiation hygiene. Aust. Dent. J. 2012; 57(1): 2-8.

АННОТАЦИЯ

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит - одно из самых распространенных заболеваний слизистой оболочки полости рта, характеризующееся рецидивирующей сыпью афт и длительным течением с периодическими проявлениями. Этиология и патогенез хронического рецидивирующего афтозного стоматита до конца не выяснены. Необходимо учитывать сопутствующие соматические заболевания, причинные факторы, состояние иммунологической реактивности, степень тяжести заболевания, стадию развития очагов поражения. Перечисленные научные достижения ряда авторов послужат стимулом для следующих исследований.

ANNOTATION

Chronic recurrent aphthous stomatitis is one of the most common diseases of the oral mucosa, characterized by a recurrent rash of aphthae and a prolonged course with periodic manifestations. The etiology and pathogenesis of chronic recurrent aphthous stomatitis are not fully understood. It is necessary to take into account concomitant somatic diseases, causative factors, the state of immunological reactivity, the severity of the disease, the stage of development of the lesion foci. The listed scientific achievements of a number of authors will serve as an incentive for the following studies.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-96>

УДК: 616. 724-007-07

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА



¹Гаффоров С.А., ²Астонов О.М.

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей,

²Бухарский государственный медицинский институт

Известно, что сложность диагностики синдрома болевой дисфункции (СБД) височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) связана с отсутствием четкого представления о механизме возникновения, разнообразием и непостоянством симптомов данной патологии [4,7,13]. Сегодня для выявления симптомов СБД ВНЧС проводят клинко-функциональные, антропометрические, иммунобиологические и инструментальные исследования [4,13].

Как показывает анализ данных литературы, к стоматологу и невропатологу пациенты с СБД ВНЧС обращаются по поводу болевого синдрома челюстно-лицевой области нейрогенного и одон-

тогенного происхождения [8,13]. По некоторым данным, СБД ВНЧС является одной из форм хронической лицевой боли, которая встречается у 12% людей, причем почти у 80% взрослых выявляется как минимум один её признак. У женщин эта патология встречается чаще, чем у мужчин [15].

СБД ВНЧС всегда сопровождается нарушениями внутренних структур [2,4]. В их числе так называемые «внутренние нарушения», под которыми понимают изменения внутрисуставных взаимоотношений, включающие смещения, дефекты, деформации суставного диска, растяжения и разрывы суставных связок [2].

Известно, что различные клинические проявле-

ния при дисфункции ВНЧС и отсутствие четких диагностических критериев приводят к тому, что больные обращаются к врачам других специальностей и не получают надлежащего лечения [2,4,6].

СБД ВНЧС – самая распространенная патология, с которой неразрывно связано нарушение работы жевательных мышц [4,7], в первую очередь латеральной крыловидной. Пациенты чаще всего обращаются с жалобами на «шумовые» явления при движениях нижней челюсти (н/ч), боль в жевательных мышцах при длительном жевании или разговоре, нарушения жевания, ощущения заложенности и шума в ушах [4,6,7]. Жалобы, предъявляемые больными, связаны не только с морфологическими и функциональными изменениями ВНЧС, но и с вовлечением в патологический процесс органов и тканей всего жевательного аппарата, а в ряде случаев, являются следствием изменений в эмоциональной сфере человека [11,17].

По мнению некоторых авторов, у пациентов с СБД ВНЧС имеются этиологические факторы, связанные с широким открыванием рта, травмами, удалением зубов, приемом твердой пищи, ошибками протезирования, простудными заболеваниями (грипп, ангина), неспецифическим полиартритом, ревматизмом и др. [9]. Заболевания ВНЧС автор делит на 5 групп, первое место отводит дисфункциональному состоянию ВНЧС: нейромускулярный дисфункциональный синдром; окклюзионно-артикуляционный синдром; привычные вывихи и подвывихи нижней челюсти; вывихи внутри-суставного мениска и парафункция жевательных, мимических мышц и мышц языка.

Общеклинические методы обследования больных с патологией ВНЧС включают изучение жалоб: боль, шумовые явления, ограничение или увеличение открывания рта, нарушение окклюзии, отоларингологические симптомы, данных анамнеза жизни, анамнеза заболевания, внешний осмотр, осмотр полости рта, положения зубов и зубных рядов, прикуса, пальпацию ВНЧС и жевательных мышц [4,13,15].

Возможности традиционного рентгенологического исследования в выявлении патологии ВНЧС существенно ограничены анатомо-топографическими особенностями сустава [5,6,13,18].

Наиболее широкие возможности получения диагностической информации дает томография ВНЧС [7]. Внедрение её в комплекс диагностических мероприятий позволяет избавиться от суммационного эффекта, получать количественные показатели, наиболее объективно характеризующие выявленные изменения, и наметить оптимальные методы лечения [2,6]. При описании термограмм ВНЧС оцениваются форма, размер, структура, положение диска при закрытом и открытом рте; форма головки н/ч, ширина суставной щели, наличие деформаций, остеофитов, склероза, деструкции костных суставных поверхностей; структура су-

ставного хряща; наличие суставного выпота; изменения биламинарной зоны [19].

Согласно данным литературы, биоэлектрическая активность жевательной мускулатуры является важным параметром функционального состояния зубочелюстной системы (ЗЧС) в целом. Данные о биоэлектрической активности жевательных мышц, применяемые для изучения функциональных нарушений ЗЧС, наглядно демонстрируют роль периферического компонента в регуляции и контроле жевательных движений [21,23].

ЭМГ проводится путем регистрации электрических потенциалов жевательных мышц накожными электродами [24]. Для выявления симптомов мышечно-суставной дисфункции в сложных случаях, при неудовлетворительных результатах лечения прибегают к графическим методам [21,23].

Таким образом, трудности диагностики и лечения БСД ВНЧС в настоящее время диктуют необходимость разработки новых диагностических алгоритмов для таких пациентов. Тем более, что до настоящего момента не существует общепризнанной концепции лечения больных с дисфункцией ВНЧС [22,25].

Пациенты с патологией ВНЧС часто не получают своевременной и адекватной медицинской помощи [2,9,12]. По мнению многих клиницистов, именно стоматологические ортопедические методы лечения патологии ВНЧС являются патогенетически обоснованными и наиболее эффективными [4,13].

До сегодняшнего дня лечение пациентов с СБД ВНЧС остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем стоматологии [8,15].

По мнению некоторых исследователей [26], применение лекарственных средств, регулирующих функцию центрального и вегетативного отделов нервной системы, влияющих на обменные процессы, активизирующих анаболические процессы в матрице хряща, ликвидирующих ацидоз, необходимо применять одновременно с мероприятиями, направленными на декомпрессию мягкотканых элементов ВНЧС. Другие авторы [25] с целью устранения нарушения окклюзии рекомендуют гормональную коррекцию эстроген-гестагенными препаратами, антирезорбтивную терапию и коррекцию антиоксидантной защиты. Третьи специалисты утверждают, что назначение миорелаксантов обусловлено гипертонусом жевательных мышц, что проявлялось наличием болезненных участков при их пальпации, локализованной или иррадиирующей боли, чувством жжения, распирания, напряжения [19].

По мнению некоторых авторов [8,12,16], в каждом клиническом случае значение нарушений смыкания зубных рядов и их индивидуальный вклад в развитие мышечно-суставной дисфункции различно. При всей важности стоматологической компоненты лечения ее изолированный эффект

недостаточен. При СБД ВНЧС анальгетики, противовоспалительные, сосудистые и седативные средства не нашли широкого применения из-за недостаточного владения врачами-стоматологами современными знаниями об их возможностях [18,20].

Одним из эффективных методов окклюзионной коррекции является избирательное пришлифовывание зубов. Показаниями к данному методу лечения являются заболевания ВНЧС и жевательных мышц, так как окклюзионные препятствия нарушают координированные сокращения жевательных мышц, вызывают их гипертонус, нарушение функции ВНЧС, мышечно-суставную дисфункцию [1.4].

Для лечения СБД ВНЧС применяют физиотерапию: ультразвук, фонофорез индометацина, флюктуоризацию или гальванизацию околоушно-жевательной области, низкоэнергетический лазер [4].

Анализ литературы позволяет сделать вывод, что наилучший эффект при лечении СД ВНЧС достигается использованием комплекса лечебных мероприятий с учетом стоматологического и соматического статуса пациента. При комплексном подходе к составлению индивидуального плана лечения преследуется цель достижения эффекта на уровне всего организма, а не только ЗЧС. Только при этих условиях можно говорить о благоприятном исходе лечения БСД ВНЧС [27].

Анализ отечественной и иностранной литературы позволил выявить недостатки в области ранней диагностики дисфункциональных синдромов ВНЧС, а также обозначить дискуссионные вопросы о роли ортопедических и физиотерапевтических мероприятий в комплексном лечении данной патологии. Очевидно, что необходим комплексный поэтапный подход к диагностике и лечению БСД ВНЧС с учетом соматического статуса пациентов.

Литература

1. Аболмасов Н.Н., Гелетин П.Н. Избирательное пришлифовывание зубов. – Смоленск, 2010. – 160 с.
2. Антоник М.М. и др. Анализ статической и динамической окклюзии зубных рядов на диагностических моделях // Рос. стоматол. журн. – 2011. – №1. – С. 4-5.
3. Буланова Т.В. Стандартизация протокола магнитно-резонансной томографии височно-нижнечелюстных суставов // Вестн. рентгенол. и радиол. – 2004. – Т. 2. – С. 15-19.
4. Гаффаров С.А., Назаров О.Ж. Синдромы и симптомы височно-нижнечелюстного сустава. Клиника, диагноз и лечения: Учеб.-метод. пособие. – Ташкент, 2012.
5. Дергилев А.П. Магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстного сустава. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 72 с.
6. Долгалева А.А., Брагин А.Е. Сравнительный рентгенологический анализ при дисфункциях височно-нижнечелюстного сустава // Кубанский науч. мед. вестн. – 2008. – №4. – С. 25-28.
7. Исхаков И.Р., Маннанова Ф.Ф. Вторичные смещения нижней челюсти – один из основных факторов риска развития дисфункциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава // Прак. медицина. – 2012. – №56. – С. 110-112.
8. Каменева Л. А. Оптимизация диагностики и лечения больных с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: Дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2015. – 155 с.
9. Коннов В.В., Николенко В.Н., Лепилин А.В. и др. Морфофункциональные изменения височно-нижнечелюстных суставов у пациентов с концевыми дефектами зубных рядов // Вестн. Волгоградского гос. мед. ун-та. – 2007. – №1. – С. 81-84.
10. Магнитно-резонансная томография височно-нижнечелюстного сустава у больных с нарушением окклюзии // Якубова Ф.Х., Нигматов Р.Н., Жилонов А.А., Ахмедов Б. /Среднеазиатский научно-практический журнал «Stomatologiy», 2005, № 1-2 (27-28). –С.-222-225.
11. Якубова Ф.Х., Нигматов Р.Н., Юлдашева Н.Р. Исследование височно-нижнечелюстного сустава у больных с нарушением окклюзии и артикуляции. / Научно-практический журнал «Dentist Казакстан», Алматы, 2005, №1 (1).-С.-176-179.
12. Gafforov S.A., Aliev N.K. Improvement of clinical and functional assessment methods and diagnostics of the pathological condition of the temporary-mandibular joint // ACADEMICIA. – 2020. – Vol. 10, №4. – С. 506-514.
13. Gafforov S.A., Durdiev Z. Violation of the formation of bone organs of the dentition system in children with respiratory system pathologies // ACADEMICIA. – 2020. – Vol. 10, №4. – С. 325-333.
14. Gafforov S.A., Yariyeva O.O. The degree of damage to hard tissues of teeth of carious and non-carious among children and adolescents of the Bukhara city // Евразийский вестн. Педиатр. – 2019. – №3 (3). – С. 111-117.
15. Gesch D. et al. Dental occlusion and subjective temporomandibular joint symptoms in men and women. Results of the Study of Health in Pomerania (SHIP) // Schweizer Monatsschrift fur Zahnmedizin = Revue mensuelle suisse d'odonto-stomatologie = Rivista mensile svizzera di odontologia e stomatologia. – 2004. – Bd. 114, №6. – S. 573-580.
16. Grönqvist J., Häggman-Henrikson B., Eriksson P.O. Impaired jaw function and eating difficulties in whiplash-associated disorders // Swed. Dent. J. – 2008. – Vol. 32, №4. – P. 171-177.
17. Hasegawa T. et al. Two cases of masticator space abscess initially diagnosed as temporomandibular joint disorder // Kobe J. Med. Sci. – 2008. – Vol. 54, №3. – P. 163-168.
18. Huang G.J. et al. Age and third molar extraction as risk factors for temporomandibular

disorder // J. Dent. Res. – 2008. – Vol. 87, №3. – P. 283-287.

19. Huguenin L.K. Myofascial trigger points: the current evidence // Physical Ther. Sport. – 2004. – Vol. 5, №1. – P. 2-12.

20. Kerstein A.D.R. Healthy and harmonized function via computer-guided occlusal force management // Cosmetic Dentist. Issue. – 2011. – Vol. 5. – P. 6-12.

21. Maeda Y. et al. A method for fabricating an occlusal splint for a patient with limited mouth opening // J. Prosth. Dent. – 2005. – Vol. 94, №4. – P. 398-400.

22. Manfredini D. et al. Orthodontics is temporomandibular disorder-neutral // Angle Orthod. – 2016. – Vol. 86, №4. – P. 649-654.

23. Marklund S., Wänman A. Incidence and prevalence of temporomandibular joint pain and dysfunction. A one-year prospective study of university students // Acta Odontol. Scand. – 2007. – Vol. 65, №2. – P. 119-127.

24. Santana-Mora U. et al. Changes in EMG activity during clenching in chronic pain patients with unilateral temporomandibular disorders // J. Electromyogr. Kinesiol. – 2009. – Vol. 19, №6. – P. 543-549.

25. Schwestka-Polly R. et al. Functional improvement of the mandibular neuromuscular guidance by orthodontic-surgical treatment // J. Orofac. Orthop./Fortschritte der Kieferorthopädie. – 2001. – Bd. 62, №1. – S. 46-57.

26. Sherman J.J. et al. The relationship of somatization and depression to experimental pain response in women with temporomandibular disorders // Psychosomatic Med. – 2004. – Vol. 66, №6. – P. 852-860.

27. Williamson E.H. Temporomandibular dysfunction and repositioning splint therapy // Progress Orthodont. – 2005. – Vol. 6, №2. – P. 206-213.

РЕЗЮМЕ. Анализ отечественной и иностранной литературы позволил выявить недостатки в

области ранней диагностики дисфункциональных синдромов височно-нижнечелюстного сустава, а также обозначить дискуссионные вопросы о роли ортопедических и физиотерапевтических мероприятий в комплексном лечении данной патологии. Очевидно, что необходим комплексный поэтапный подход к диагностике и лечению синдрома болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава с учетом соматического статуса пациентов.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, зубочелюстная система, синдром болевой дисфункции.

РЕЗЮМЕСИ. Mahalliy va xorijiy adabiyotlarni tahlil qilish funktsional bo'lmagan temporomandibulyar qo'shma sindromlarni erta tashxislash sohasidagi kamchiliklarni aniqlashga, shuningdek ushbu patologiyani kompleks davolashda ortopedik va fizioterapevtik tadbirlarning roli to'g'risida bahsli masalalarni aniqlashga imkon berdi. Shubhasiz, bemorlarning somatik holatini hisobga olgan holda, temporomandibulyar qo'shilishning og'riqli disfunktsiyasini sindromini aniqlash va davolash uchun kompleks bosqichma-bosqich yondashuv zarur.

Калит сўзлар: чакка-пастки жағ бўғими, оғрик дисфункция синдроми.

SUMMARY. Analysis of domestic and foreign literature made it possible to identify shortcomings in the field of early diagnosis of dysfunctional temporomandibular joint syndromes, as well as to identify controversial questions about the role of orthopedic and physiotherapeutic measures in the complex treatment of this pathology. It is obvious that a comprehensive step-by-step approach to the diagnosis and treatment of the syndrome of pain dysfunction of the temporomandibular joint is required, taking into account the somatic status of patients.

Key word: temporomandibular joint, dental system, pain dysfunction syndromes.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-97>
УДК: 616.31:616.8-009-053.2-07-08-092

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ: ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИХ ВЗАИМОСВЯЗИ И ДИАГНОСТИКА



Гаффоров С.А., Хамроев Ф.Ш., Кулдашева В.Б.

Ташкентский институт усовершенствования врачей;

Республиканская детская психоневрологическая больница им. У.К. Курбанова

При изучении механизма развития любой болезни крайне необходимо выявить главное звено в

цепи нарушений, тот «пусковой» фактор, который определяет динамику прочих этапов патологиче-

ского процесса. А для оптимального этиотропного или патогенетического лечения нужно оценить значимость каждого из факторов с выявлением главных и второстепенных. Патогенетическая терапия – это алгоритм действий, направленных на разрыв причинно-следственной цепи между разными видами нарушений, поэтому устранение основного звена патогенеза способствует выздоровлению.

В настоящее время во всём мире наблюдается увеличение числа пациентов с психоневрологическими заболеваниями (ПНЗ). Дети с умственной отсталостью, аутизмом, синдромом Дауна, шизофренией, детским церебральным параличом в сочетании с эпилепсией, задержкой психического развития или с расстройствами аутистического спектра сталкиваются с вынужденными ограничениями во всех сферах жизни – в интеллектуальном, физическом и социальном функционировании [2-5,16].

Известно, что дети с ПНЗ имеют «особые» потребности в медицинской помощи, в частности стоматологической [1,19]. Однако детские стоматологи, не имеющие специальной подготовки и знаний особенностей данного вида коморбидной патологии, сталкиваются с серьёзными проблемами при диагностике и лечении. То есть не только отсутствие специальной подготовки детских стоматологов ограничивает детей с ПНЗ в доступе к коморбидно ориентированной стоматологической помощи [1,22], которая подразумевает диаметрально противоположные стандарты оказания стоматологической помощи таким пациентам [8,17].

В последние годы многие авторы обращают внимание на клинические особенности стоматологических проблем у детей и подростков с ПНЗ: интенсивность, острота патологии и толерантность к традиционной терапии [13,14]. Однако единого мнения о качественных и количественных характеристиках стоматологической патологии у таких детей не сложилось, а большинство исследований направлено на изучение стоматологической картины у детей с каким-либо одним видом ПНЗ. Кроме того, зачастую, изучается лишь определенное направление стоматологической патологии: терапевтическое, хирургическое или ортодонтическое. Вместе с тем важной чертой недостаточной разработанности обсуждаемой темы является отсутствие тождественности эпидемиологических данных разных авторов по основным видам патологии полости рта (ПР) у детей с ПНЗ. Данные о стоматологической патологии у детей с ПНЗ значительно варьируют из-за разного качества исследований и высокой степени предвзятости. Такой подход к изучению не способствует комплексности представлений о стоматологической заболеваемости у детей с ПНЗ в целом, несмотря на ряд клинических и анамнестических характеристик, объединяющих данный вид коморбидной патологии:

врождённая заболеваемость, нарушение развития ключевых психоневрологических функций. Например, ряд авторов приводят данные об относительно низкой распространённости кариеса и болезней пародонта у детей с аутизмом и синдромом Дауна [18].

По мнению некоторых специалистов, кариес и преждевременная потеря временных зубов могут привести к вторичным деформациям и неправильному прикусу в постоянном зубном ряду [12,33]; сообщают также о том, что распространённость неправильного прикуса среди детей с физическими или умственными недостатками выше, чем у их здоровых сверстников. Кроме того, установлена связь наиболее тяжёлых зубочелюстных аномалий (ЗЧА) с ДЦП [4]; травмы зубов, аномалии зубов, некариозные поражения, бруксизм [19,37]. Есть сведения о «поражающих» факторах, вызывающих нарушения гистоорганогенеза и процессов минерализации зубов, действующих на разных стадиях пренатального развития [11].

Современные взгляды на этиопатогенез психоневрологических заболеваний говорят о ведущем участии окислительного стресса (ОС) в формировании и развитии данной патологии, причем накопление свободных радикалов выявляется на всех уровнях макроорганизма, в том числе и в ПР [10,29]. Однако роль местных факторов, в частности ионного и ферментативного баланса, процессов перекисного окисления липидов, активности ферментов антирадикальной защиты в слюне детей с ПНЗ и взаимосвязь местных изменений в ротовой жидкости с окислительным стрессом макроуровня изучены недостаточно [28]. Доказано, что у детей с ПНЗ происходит снижение уровня антиоксидантов и буферной ёмкости в ротовой жидкости [27].

По данным А.Ф. Касибиной (2016), стоматологическая помощь детям с психоневрологической патологией плохо оптимизирована, оказывается несвоевременно и в недостаточном объеме, что может быть одной из причин высокого уровня интенсивности и распространенности заболеваний твердых тканей зубов. Значительные сложности вызывает формирование психоэмоционального контакта врача с такими детьми, следствием чего является невозможность проведения стоматологических манипуляций [7]. Кроме того, ПНЗ приводят к формированию вредных привычек, которые в психоневрологии рассматриваются как невротические привычные действия и относятся к группе тревожных расстройств. Даже адекватная гигиена ПР при врожденных ПНЗ не предупреждает формирования стоматологической патологии [1,14].

Стоматологическую патологию можно рассматривать как этап патогенеза перинатальной патологии нервной системы; для этих больных характерна высокая интенсивность кариозных по-

ражений вследствие нарушения гистоорганогенеза и процессов минерализации зубов [7,11].

При обследовании костных структур и остеотропных гормонов у детей с ДЦП в 89% случаев выявлялись структурные нарушения костной ткани и явления остеопороза [7]. Некоторые исследователи считают, что проблема кариеса зубов тесно связана со структурными изменениями генов, регулирующих костный метаболизм [9]. Известны работы, авторы которых изучали у взрослых пациентов ассоциации полиморфизма гена, являющегося рецептором витамина Д (VDR), гена остеокальцина с биохимическими маркерами костного метаболизма и деминерализации кости, однако подобные исследования не проводились у детей с ПНЗ [25,30].

В ряде источников упоминается о том, что стоматологические аномалии очень распространены как во временных, так и в постоянных зубах, а у пациентов с синдромом Дауна зубные аномалии встречаются с частотой, в пять раз превышающей этот показатель в здоровой популяции. Во временном прикусе первичная адентия наиболее часто представлена боковыми резцами, в то время как в постоянном прикусе первичной адентии наиболее часто подвержены третьи моляры, вторые премоляры и боковые резцы в указанной последовательности. Согласно некоторым данным, наиболее распространенными аномалиями, связанными с аутизмом, умственной отсталостью и синдромом Дауна, являются вариации количества зубов и морфологии: часто наблюдаются боковые резцы конической формы, резцы «лопатообразной» формы и тауродонтизм [21,26].

Выявлены вероятные генетические факторы, способствующие формированию врожденных пороков развития ЦНС [36]. Как показали проведенные исследования, наиболее значительный вклад в формирование и развитие дефектов нервной трубки вносят генетические и экологические факторы [32]. Кроме того, впервые выявлена связь между закладкой ДНТ и I/D полиморфизмом (45-bp) в 3'-UTR гена UCP2, кодирующим разобщающий белок 2 и являющимся разновидностью семейства митохондриальных «белков-переносчиков анионов» [36].

Проведен поиск молекулярно-генетических маркеров кариеса с применением самых современных методов, включая как популяционные ассоциативные исследования, так и семейный анализ с применением анализа триады папа-мама-ребенок, а также полногеномных ассоциативных исследований (GWAS). При этом установлен спектр маркеров кариеса, включающий гены, связанные с формированием зуба, дентина, формированием зубной эмали, иммунитета [20,31,36]. Исследователи утверждают, что процесс развития зубов на всех этапах сочетается с ростом и развитием не-

которых органов и систем: череп, челюсти, уши, пальцы рук и ног, сердечно-сосудистая и центральная нервная система. Умение контролировать работу таких генов позволит проводить профилактику и лечить ряд стоматологических заболеваний [24].

Ряд авторов предлагают проводить методичный, масштабный опрос-анкетирование членов семей пациентов с ПНЗ, который позволил бы сформулировать общие для всех стран проблемы и потребности и, таким образом, помог бы решить проблему международного уровня в реализации программ доступности и эффективной организации стоматологической помощи детям с ПНЗ [15,28].

В структуре детской заболеваемости и смертности врожденные пороки развития по праву считаются индикатором здоровья популяции [6]. Значительная часть врожденных пороков развития центральной нервной системы диагностируются в период новорожденности или в раннем детском возрасте [11]. Согласно другим данным, во внутриутробном периоде развития выделены критические периоды перестройки, в течение которых развивающийся организм наиболее чувствителен к повреждающему действию внешней среды; I критический период (6-9-й день беременности) и II критический период (3-6-я неделя беременности). Именно этой период эмбриогенеза совпадает с периодом формирования нервной трубки и ПР. Поэтому стоматологические заболевания можно рассматривать как закономерный результат перинатальной патологии нервной системы [7,12].

Некоторые специалисты утверждают, что окислительный стресс, потенциальная роль которого была подчеркнута в патогенезе психоневрологических заболеваний [3,29,33], и совокупность клинических данных свидетельствуют о том, что ПНЗ характеризуются более высоким уровнем окислительных биомаркеров и более низким уровнем антиоксидантных биомаркеров в ПР, что ведущим звеном патогенеза стоматологической патологии у детей с ПНЗ [23]. Это предположение не согласуется с мнением ряда других авторов (Hennequin M. et al., 2008; Vozza I. et al., 2016), считающих, что ПНЗ не являются фактором риска для развития стоматологической патологии. Лишь индивидуальная неспособность к самообслуживанию и реализации адекватного гигиенического ухода за органами полости рта является основной причиной развития основных стоматологических заболеваний. По их мнению, детерминанты и факторы риска развития стоматологической патологии являются основанием для формирования стратегий лечения и рефрейминга порядка оказания стоматологической помощи детям с ПНЗ, в том числе оснащения детской стоматологической поликлиники (отделения), где проводится лечение этого контингента. С момента верификации психоневрологи-

ческих заболеваний (F-20, 70-79, 84, 80-89; G-40, 80; Q-90) детей с указанным коморбидным фоном целесообразно включать в группу высокого риска для ранней профилактики стоматологической патологии с целью предотвращения или ограничения её распространённости и степени тяжести. Скрининг врожденной патологии челюстно-лицевой области как «анатомических условий» для развития стоматологических заболеваний должен представлять важный сегмент первоначального обследования этого контингента у врача-стоматолога. Ключевые направления стоматологического менеджмента у детей с ПНЗ следующие:

- превентивная стратегия «высокого риска» (коррекция пищевого поведения, оценка расстройств питания и при необходимости назначение интенсивной нутритивной поддержки и пр.);
- стратегия ухода за ПР (индивидуальный подбор средств с антиоксидантными компонентами, фторидами и методов гигиены ПР, обучение гигиене ПР детей с ПНЗ и пр.);
- стратегия лечения (функциональная поведенческая оценка пациента с ПНЗ перед лечением и пр.);
- стоматологическое лечение детей с ПНЗ требует глубокого понимания этиологии, патогенеза и особенностей лечения ПНЗ и предполагает особую подготовку стоматологов и непрерывного дополнительного образования (создание специальных модулей «Особенности оказания стоматологической помощи детям с ПНЗ», постдипломная подготовка специалистов высшего и среднего звена по указанному направлению);
- обеспечение «эффективного ответа», соответствующего повышенным стоматологическим потребностям детей с ПНЗ;
- обеспечение социальной (управление социально-экономическими факторами риска), профессиональной и логистической доступности стоматологической помощи детям с ПНЗ.

Таким образом, изучение механизмов формирования стоматологической патологии, особенно связано с формированием органов височно-нижнечелюстного сустава и их болевыми синдромами у детей и подростков с ПНЗ и патогенетическое обоснование новых подходов в диагностике, профилактике, лечению и последующей пожизненной медико-социальной реабилитации данного контингента является актуальной проблемой современной стоматологии.

Литература

1. Волобуев В.В. Оптимизация стоматологической помощи детям с психоневрологическими расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2017. – 24 с.
2. Гажва С.И., Белоусова Е.Ю., Князук Е.А., Куликов А.С. Особенности стоматологического статуса у детей с расстройствами аутистического спектра // *Соврем. пробл. науки и обр.* – 2018. – №3. 10
3. Голиков Н.А. Дети-инвалиды: инвалидизация, интеграция, инклюзия // *Теория и практика общ. развития.* – 2015. – №3. – С. 16-19.
4. Гузева В.И. Детская неврология: Клин. рекомендации. – М.: ООО «МК», 2014. – С. 74-100.
5. Данилова М.А., Бронников В.А., Залазева Е.А., Данилова М.А. Влияние перинатальных факторов риска на формирование зубочелюстных и речевых нарушений у детей с церебральным параличом // *Вятский мед. вестн.* – 2017. – №2(54). – С. 88-92.
6. Денисова Е.Г., Олейник Е.А. Определение риска развития кариеса у детей с синдромом Дауна // *Науч. ведомости БелГУ. – Сер. Медицина. Фармация.* – 2011. – №16 (111), вып. 15/1. – 69-77.
7. Елизарова В.М., Баширова Н.В. Стоматологическая помощь детям с ограниченными возможностями, детям с ДЦП // *Актуальные вопросы стоматологии детского возраста и профилактики стоматологических заболеваний: Материалы 8-й науч.-практ. конф. с междунар. участием.* – Москва; Санкт-Петербург, 2012. – С. 67-71.
8. Косюга С.Ю., Осинкина Я.М., Альбицкая Ж.В. Особенности стоматологического здоровья и оказания стоматологической помощи детям с последствиями перинатального поражения центральной нервной системы // *Мед. альманах.* – 2016. – №2. – С. 42.
9. Кузьмина Д.А., Новикова В.П., Тыртова Л.В. и др. Биохимические и молекулярно-генетические маркеры костного метаболизма у детей с разной интенсивностью кариеса // *Стоматология детского возраста и профилактика.* – 2010. – Т. IX, №1 (32). – С. 34-38.
10. Озорнин А.С., Озорнина Н.В., Говорин Н.В. Изменение процессов липопероксидации и содержания жирных кислот в эритроцитарных мембранах у больных параноидной шизофренией // *Рос. психиатр. журн.* – 2017. – №2. – С. 47-53.
11. Сабгайда Т.П., Окунев О.Б. Изменение заболеваемости российских детей, подростков и взрослого населения болезнями основных классов в постсоветский период // *Соц. аспекты здоровья населения: Электрон. науч. журн.* – 2012. – №1. – С. 23.
12. Сунцов В.Г. Современные методики лечения в детской стоматологии. – М., 2017. – 287 с.
13. Тарасова Н.В., Алямовский В.В., Галонский В.Г. Стоматологический статус детей-инвалидов с различной степенью умственной отсталости, проживающих в России // *Тихоокеанский мед. журн.* – 2014. – №3. – С. 14-17.
14. Хагурова С.Б. Особенности минерального обмена, антибактериальной и антиоксидантной защиты в ротовой полости при кариесе зубов у детей с психоневрологическими расстройствами: Авто-

реф. дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 2018. – 24 с.

15. Шовкун Н.В., Фомина А.В. Проблемы оказания стоматологической помощи детям-инвалидам в России и за рубежом // Вестн. РУДН. – Сер. Медицина. – 2015. – №3. – С. 165-171.

16. Al Habashneh R., Al Jundi S., Khader Y. et al. Oral health status and reasons for not attending dental care among 12- to 16-year-old children with Down syndrome in special needs centres in Jordan // Int. J. Dent. Hygiene. – 2012. – Vol. 10. – P. 259-264.

17. Delli K., Reichart P.A., Bornstein M.M. et al. Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: Concerns, behavioural approaches and recommendations // Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal. – 2013. – Vol. 18 (№6). – P. 862-868.

18. Deps T.D., Angelo G.L., Martins C.C. et al. Association between Dental Caries and Down syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis // PLoS One. – 2015. – Vol. 10, №6. – P. e0127484.

19. Diéguez-Pérez M., de Nova-García M-J., Mourelle-Martínez M.R. et al. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down syndrome) disabilities: Systematic review // J. Clin. Exp. Dentist. – 2016. – Vol. 8, №3. – P. 337-343.

20. Gasse B. Common SNPs of Amelogenin X (AMELX) and dental caries susceptibility // J. Dent. Res. – 2013. – Vol. 92. – P. 418-424.

21. Ghaith B., Halabi M., Kowash M. Review of the Oral and Dental Characteristics // Dent. Implicat. Down syndrome. – 2017. – Vol. 5, №2. – P. 1087.

22. Grier E., Abells D., Casson I. et al. Managing complexity in care of patients with intellectual and developmental disabilities: Natural fit for the family physician as an expert generalist // Canad. Fam. Physic. – 2018. – Vol. 64, №2. – P. 15-22.

23. Hassan W., Noreen H., Castro-Gomes V. et al. Association of oxidative stress with psychiatric disorders // Curr. Pharm. Des. – 2016. – Vol. 22. – P. 2960.

24. Hu J.C., Hu Y., Lu Y. et al. Enamelin is critical for ameloblast integrity and enamel ultrastructure formation // PLoS One. – 2014. – Vol. 9, №3. – P. e89303.

25. Lopez R., Hujoel P., Belibasakis G.N. On putative periodontal pathogens: an epidemiological perspective // Virulence. – 2015. – Vol. 6. – P. 249-257.

26. Palaska P.K., Antonarakis G.S. Prevalence and patterns of permanent tooth agenesis in individuals with Down syndrome: a meta-analysis // Europ. J. Oral Sci. – 2016. – Vol. 124, №4. – P. 317-328.

27. Rai K., Hegde A.M., Jose N. Salivary antioxidants and oral health in children with autism // Arch. Oral Biol. – 2012. – Vol. 57. – P. 1116-1120.

28. Smaga I., Niedzielska E., Gawlik M. et al. Oxidative stress as an etiological factor and a potential treatment target of psychiatric disorders. Part

2. Depression, anxiety, schizophrenia and autism // Pharmacol. Rep. – 2015. – Vol. 67, №3. – P. 569-580.

29. Tóthová L., Celec P. Oxidative Stress and antioxidants in the diagnosis and therapy of periodontitis // Front Physiol. – 2017. – Vol. 8. – P. 1055.

30. Trovó de Marqui A.B. Síndrome de Turner e polimorfismo genético: uma revisão sistemática // Rev. Paul. Pediatr. – 2015. – Vol. 33, №3. – P. 364-371.

31. Valarini N., Maciel S.M., Moura S.K. et al. Association of dental caries with HLA class II allele in Brazilian adolescents // Caries Res. – 2012. – Vol. 46. – P. 530-535.

32. van Gelder M.M., van Rooij I.A., Miller R.K. et al. Teratogenic mechanisms of medical drugs // Hum. Reprod. Update. – 2010. – Vol. 16, №4. – P. 378-394.

33. Vasilieva T., Hein A.M., Vargin A. et al. The effect of polymeric denture modified in lowtemperature glow discharge on human oral mucosa: Clinical case // Clin. Plasma Med. – 2018. – Vol. 9. – P. 1-5.

34. Vellappally S., Gardens S.J., Al Kheraif A.A. et al. The prevalence of malocclusion and its association with dental caries among 12-18-year-old disabled adolescents // BMC Oral Health. – 2014. – Vol. 14. – P. 123.

35. Wang J., Liu C., Zhao H. et al. Association between a 45-bp3' Untranslated Insertion / Deletion Polymorphism in Exon 8 of UCP2 Gene and Neural Tube Defects in a High-Risk Area of China // Reprod. Sci. – 2011. – Vol. 18. – № 6. – P. 556-560.

36. Yang Y., Wang W., Qin M. Mannose-binding lectin gene polymorphisms are not associated with susceptibility to severe early childhood caries // Hum. Immunol. – 2013. – Vol. 74, №1. – P. 110113.

37. Zhou N., Wong H.M., McGrath C. Effectiveness of a visual-verbal integration model in training parents and their preschool children with intellectual and developmental disabilities to dispense a pea-sized amount of fluoridated toothpaste // J. Appl. Res. Intellect. Dis. – 2019. – Vol. 32, №3. – P. 657-665.

РЕЗЮМЕ. В настоящее время в мире наблюдается увеличение числа пациентов, как детей и подростков, с психоневрологическими заболеваниями (ПНЗ). Однако проблема, связанная с патологией органов полости рта в сочетании с ПНЗ, до конца не изучена. Изучение взаимосвязи между этими патологическими процессами и разработка лечебных, диагностических и профилактических мероприятия с учетом этиопатогенетических особенностей является актуальной задачей современной стоматологии

Ключевые слова: дети и подростки, психоневрологические заболевания, патология органов полости рта, этиопатогенетические особенности, про-

филактика и лечение.

РЕЗЮМЕСИ. Ҳаммамизга маълумки, дунё бўйлаб психоневрологик касалликлар билан оғриган беморлар, жумладан, болалар ва ўсмирлар сони ошиб бормокда. Охирги 10 йиллик маълумотлар таҳлили натижалари ўрганилганда, муаллифлар оғиз бўшлиғи аъзоларининг психоневрологик касалликлар билан боғлиқлиги анча саёз ўрганилганлигини таъкидлашади. Уларнинг фикрига кўра бу патологияларнинг ўзаро боғлиқлигини ўрганиш, ҳамда унинг этиопатогенетик ўзига хослигига асосланган ташхислаш, даволаш ва олдини олиш чораларини ишлаб чиқиш долзарб ҳисобланади.

Калит сўзлар: болалар ва ўсмирлар, асаб-психиатрик касалликлар, оғиз бўшлиғи аъзоларининг патологияси, этиопатогенетик хусусиятлари, олди-

ни олиш ва даволаш.

SUMMARY. We know that now in the world the increase in number of patients, as children and teenagers, with psychoneurological diseases (PND) is observed. Authors, by results of the studied literary data over the last 10 years, assert that a problem connected with pathologies of organs of an oral cavity in a combination with PND far up to the end is not studied. After their opinion to study interrelation between these pathological processes and to develop medical, diagnostic and preventive actions being based on etiopathogenetic features is very important.

Key words: children and adolescents, psychoneurological diseases, pathology of the oral cavity organs, etiopathogenetic characteristics, prevention and treatment.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-98>

УДК:616.314-089.819.843-615.014.42

НЕМЕДЛЕННАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ – ДОСТИЖЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ СТАБИЛЬНОСТИ И ЕЁ СОХРАННОСТИ НА ДОЛГИЕ ГОДЫ



Панзуля В.Г., Рахманова О., Ризаева С.М., Рахманова М.Г.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Основной задачей, стоящей перед стоматологией, является предупреждение заболеваний зубов и пародонта, приводящих к повреждению анатомических структур и нарушению функции жевательно-речевого аппарата. Однако эффективность работ в этом направлении оставляет желать лучшего: в мире распространённость кариеса зубов у лиц в возрасте 35-44 лет составляет 98%, поражений пародонта – 86,2% [3].

В последние 20 лет в странах СНГ получил признание и стал широко применяться метод зубного протезирования с использованием внутрикостных имплантатов. Научному обоснованию его использования, поиску дальнейших путей совершенствования посвящены многочисленные экспериментальные и клинические исследования отечественных и зарубежных авторов [1,7,18,20].

Ранее считалось, что наличие воспалительного процесса в зоне предполагаемой установки внутрикостных имплантатов является противопоказанием к дентальной имплантации [2,4]. Так как основным показанием к удалению зубов служит наличие инфекционно-воспалительного процесса в пародонте, то становится очевидным, насколько такой подход затрудняет протезирование на имплантатах.

С конца XX века наметилась тенденция к рас-

ширению возможностей протезирования при выраженной редукции альвеолярной части челюстей путем проведения альвеолопластики по одной из следующих методик:

- поднятие дна верхнечелюстного синуса [2];
- увеличение ширины, высоты, замещения дефекта альвеолярной части челюсти наращиванием (аугментацией) костной ткани с использованием аутогенных костных трансплантатов и остеотропных препаратов [5,11,19,24].

Наиболее ранним вариантом возмещения удаляемого зуба может быть одномоментное введение в его лунку имплантата. Однако у многих больных во время удаления зуба имеются противопоказания к непосредственной дентальной имплантации [22,23].

Целью систематического обзора литературы А.А. Al-Sawai и соавт. [9] было сравнение клинической эффективности имплантатов с обычной (отсроченной) и немедленной нагрузки. Поиск исследований, опубликованных между 1995 и 2012 годами, был выполнен с использованием нескольких электронных баз данных и следующих ключевых слов: «немедленная нагрузка», «зубные имплантаты», «немедленная функция», «ранняя нагрузка», «оральные имплантаты», «немедленное восстановление» и «систематический обзор».

Электронный поиск был дополнен ручным поиском в стоматологических журналах и перекрестными ссылками в выбранных статьях. Исследования были рассмотрены для включения, если они демонстрировали успех протокола немедленной нагрузки для имплантатов, с акцентом на рандомизированных контролируемых клинических испытаниях.

Среди клинических исследований, извлеченных из банка данных литературы, 120 исследований соответствовали критериям включения и были использованы в этом систематическом обзоре. Эти исследования включали в себя испытания, в которых были получены согласованные результаты показателей успешности имплантатов с немедленной нагрузкой, сопоставимых с показателями, известными для имплантатов с обычной нагрузкой, которые были выполнены в соответствии с протоколом немедленной нагрузки или иным протоколом. На основании полученных данных, есть основания полагать, что протоколы немедленной нагрузки демонстрируют высокие показатели выживаемости имплантатов, которые могут быть осторожно рекомендованы для определенных клинических ситуаций. Тем не менее, исследования с высоким уровнем доказательности, особенно рандомизированные, контролируемые испытания, проводимые в течение более длительного периода времени, должны продемонстрировать явное преимущество немедленной нагрузки на имплантат перед обычными и другими типами нагрузки.

В исследовании G. Cesaretti и соавт. [13] предполагалось оценить различия в остеоинтеграции на имплантатах, поддерживающих коронки, которые физиологически нагружены либо сразу, либо через 3 месяца после установки. Все премолары и первые моляры были извлечены на двусторонней основе у 6 собак. После 3-х месяцев заживления 3 имплантата были установлены в премолярной и 2 в молярной области на одной стороне нижней челюсти. Аналогичным образом спустя еще 3 месяца 5 имплантатов были установлены на противоположной стороне, и оттиски были взяты на двусторонней основе.

Целью следующего систематического обзора и мета-анализа S.H. Bassir и соавт. [12] было сравнение клинической эффективности протокола раннего размещения зубного имплантата с протоколами его немедленной и отложенной нагрузки. Был проведен поиск электронной и печатной литературы для выявления клинических исследований, сравнивающих раннее размещение имплантата с немедленной или отсроченной нагрузкой. Данные этих исследований были объединены, количественные анализы были выполнены для оценки результатов имплантирования, о которых сообщают как число отказавших имплантатов (первичная переменная результата) так и для изменения на уровне маргинальной кости периимплантата, глю-

бине его зондирования и уровень мягкости ткани периимплантата (вторичные переменные результаты).

12 исследований соответствовали критериям включения. Существенной разницы в риске неудачи имплантата не было обнаружено ни между протоколами ранней и немедленной нагрузки (разница риска = -0,018; 95% доверительный интервал [ДИ] = -0,06, 0,025; $p=0,416$), ни между протоколами ранней и отложенной нагрузки (разница риска = -0,008; 95% ДИ = -0,044, 0,028; $p=0,670$). Не было выявлено существенных различий между протоколами для других переменных.

Имеющиеся данные подтверждают клиническую эффективность протокола ранней нагрузки имплантата. Полученные результаты показывают, что протокол ранней нагрузки имплантата приводит к результатам, аналогичным протоколам немедленной и отложенной нагрузки, и превосходной стабильности твердых тканей периимплантата при его немедленной нагрузке [12].

Протокол немедленной нагрузки после установки имплантата в последнее время набирает все большую популярность, поскольку не только сокращает время лечения, но и сопровождается удовлетворенностью и повышением качества жизни пациентов. Целью исследования A. Kushaldeer и соавт. [21] явились оценка и сравнение эффективности протокола немедленной нагрузки имплантата по сравнению с обычным протоколом отложенной нагрузки имплантата в зависимости от степени потери периимплантатной кости. 20 пациентов, отобранных для этого исследования, были разделены на две группы. У пациентов 1-й группы имплантаты были немедленно нагружены, тогда как во 2-й группе они были нагружены в соответствии с обычным протоколом нагрузки. Потери костной массы на имплантате измеряли и сравнивали с помощью интраоральных периапикальных рентгенограмм с сеткой во время нагрузки имплантата, через 1, 3 и 6 месяцев. В результате было обнаружено, что изменение радиографической потери костной массы в обеих группах было статистически значимым, когда исходные данные сравнивались между 1-м, 3-м и 6-м месяцами, но различие в потере костной массы между 1-й и 2-й группами не было статистически значимым [6,17]. Таким образом, статистически значимых различий в потере костной кости при сравнении немедленной нагрузки с протоколом отложенной нагрузки не наблюдалось. Клиническое значение: после достижения хорошей первичной стабильности имплантаты с немедленной нагрузкой могут использоваться, и являются благом для пациентов, поскольку сокращают период адентии [21]. [

Немедленное размещение имплантата продемонстрировало более высокий риск ранней потери имплантата, чем ОРИ. Существует необходимость в РКИ, сравнивающих НРИ с ОРИ с анализами в

разные моменты времени и данными о рецессии в средней части лица с предоперационным статусом в качестве исходного уровня. В этих исследованиях высказано мнение об оценке необходимости пересадки твердых и мягких тканей [14].

Заявление о конфликте интересов: это исследование было частично профинансировано компанией Nobel Biocare Services AG (код: 2010-894), производителем имплантатов, оцененных в этом исследовании, однако данные принадлежали авторам и никоим образом не влияли на проведение судебного разбирательства с производителем или публикацию результатов [16].

Представляет интерес единичное исследование, в котором сравнивался клинический и рентгенологический статус имплантатов с немедленной нагрузкой (НН) и обычной нагрузкой (ОН), установленных у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД2). Цель его состояла в том, чтобы сравнить клиническое и рентгенологическое состояние имплантатов НН и ОН, установленных у пациентов с СД2. В перекрестное исследование M.D. Al-Amri и соавт. были включены 108 пациентов с диабетом (55 с имплантатами (1-я гр.) и 53 с имплантатами ОН (2-я гр.). Все имплантаты были помещены в зажившие участки в верхнечелюстной и нижней челюсти премолярной и молярной областей и поддерживали отдельные реставрации. Все пациенты подвергались полной механической обработке рта два раза в год. Уровни гемоглобина A1c (HbA1c), клинические параметры периимплантата (кровотечение при зондировании – КЗ) и глубина зондирования – ГЗ) ≥ 4 мм) и периографический анализ (потеря костной кости – ПК) были измерены для обеих групп через 12 и 24 месяца. Групповые сравнения проводили с использованием U-критерия Манна – Уитни ($p < 0,05$). Средний возраст пациентов 1-й и 2-й групп составил соответственно $50,6 \pm 2,2$ и $51,8 \pm 1,7$ года, а продолжительность – СД2 $9,2 \pm 2,4$ и $8,5 \pm 0,4$ года. Через 12 и 24 месяца наблюдения средние уровни HbA1c составили соответственно 5,4 (4,8-5,5%); 5,1 (4,7-5,4%) и 5,1% (4,7-5,2%) и 4,9 (4,5-5,2%). При 12- и 24-месячном наблюдении в обеих группах не было статистически значимой разницы в КЗ, ГЗ и ПК. Был сделан вывод о том, что клинический и рентгенологический статус сопоставим в отношении имплантатов НН и ОН, установленных у пациентов с СД2. Подчеркнута важность тщательного отбора случаев, поддержания гигиены полости рта и гликемического контроля [8].

Обсуждение

Проблемы, возникающие при использовании двухэтапной имплантации:

- позднее обнаружение неудачи имплантации.

Иногда доктор обнаруживает отсутствие остеоинтеграции только на втором этапе хирургического лечения через 3-6 месяцев после операции. Позднее обнаружение неудачи осложняет лечение,

продлевает его и осложняет отношения пациента и врача.

Преимущества немедленной одноэтапной имплантации:

- создание монолитной структуры из титана,
- атравматичность и возможность немедленной нагрузки и временного протетического обеспечения,
- обоснованная последовательность и сокращение времени лечения,
- простота гигиены для пациентов, доступная цена лечения.

Главным немедленной имплантации является достижение первичной стабильности и сохранение ее на долгие годы.

Также немаловажным является:

- отсутствие многомесячных ожиданий для достижения оссификации альвеолы;
- возможность регулирования уменьшения альвеолярного гребня.
- сокращение этапов хирургического вмешательства.
- значительно сокращаются сроки адентии, что обеспечивает общий комфорт при лечении для пациентов.
- уменьшение стоимости лечения.

Выводы

1. На основе накопленного материала, выявленных преимуществ немедленной дентальной имплантации, можно утверждать, что протезирование с применением титановых имплантатов является высокоэффективным методом, в большинстве случаев дающим положительный результат, обеспечивая полноценность протезирования при индивидуальном подборе адекватной конструкции имплантата.

2. При неукоснительном соблюдении показаний к имплантации, квалифицированном выполнении операции с последующей установкой имплантата, возможно достижение долговременного эффекта при малом числе осложнений.

Литература

1. Белый С.Н. Имплантация зубов: от истории к современности // Пробл. стоматол. – 2013. – №4. – С. 34-36.
2. Васильев А.В., Шаронов И.В. Практические аспекты клинической дентальной имплантологии. – Человек, 2010. – С. 15-19.
3. Долгалев А.А., Ротова Т.В. Возможности российской имплантационной системы «Конмет» на хирургических и ортопедических этапах лечения // Клини. стоматол. – 2003. – №3. – С. 19-20.
4. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. Основы теории и практики. – М., 2002. – С. 25-26.
5. Ризаева С.М., Меликузиев К.К. Значение инфракрасной спектроскопии в изучении физических свойств биоактивного слоя на дентальных имплантатах // Актуальные проблемы стоматоло-

гии: Материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Наманган. 2017. – С. 124-125.

6. Хабилов Н.Л., Усманов Ф.К., Мун Т.О. и др. К вопросу применения биоактивных покрытий для дентальных имплантатов // *Stomatologiya*. – 2016. – №1 (62). – С.95-102.

7. Хоббек Д.А., Ллойд Дж. Руководство по дентальной имплантологии/ Пер. с англ.; Под общ. ред. М.З. Миргазизова. – М., 2007.

8. Al-Amri M.D. et al. Comparison of clinical and radiographic status around immediately loaded versus conventional loaded implants placed in patients with type 2 diabetes: 12- and 24-month follow-up results // *J. Oral Rehabil.* – 2017. – Vol. 44, №3. – P. 220-228.

9. Al-Sawai A.A., Labib H. Success of immediate loading implants compared to conventionally-loaded implants: a literature review // *J. Investig. Clin. Dent.* – 2016. – Vol. 7, №3. – P. 217-24.

10. Ayna M. et al. A 5-year prospective clinical trial on short implants (6 mm) for single tooth replacement in the posterior maxilla: immediate versus delayed loading // *Odontology*. – 2019. – Vol. 107, №2. – P. 244-253.

11. Barroso-Panella A., Gargallo-Albiol J., Hernandez-Alfaro F. Evaluation of Bone Stability and Esthetic Results After Immediate Implant Placement Using a Novel Synthetic Bone Substitute in the Anterior Zone: Results After 12 Months // *Int. J. Periodont. Restor. Dent.* – 2018. – Vol. 38, №2. – P. 235-243.

12. Bassir S.H. et al. Outcome of early dental implant placement versus other dental implant placement protocols: A systematic review and meta-analysis // *J. Periodontol.* – 2019. – Vol. 90, №5. – P. 493-506.

13. Cesaretti G. et al. Immediate and delayed loading of fixed dental prostheses supported by single or two splinted implants: A histomorphometric study in dogs // *J. Oral Rehabil.* – 2018. – Vol. 45, №4. – P. 308-316.

14. Cosyn J. et al. The effectiveness of immediate implant placement for single tooth replacement compared to delayed implant placement: A systematic review and meta-analysis // *J. Clin. Periodontol.* – 2019. – Vol. 46, Suppl 21. – P. 224-241.

15. Esposito M. et al. Immediate, early (6 weeks) and delayed loading (3 months) of single implants: 4-month post-loading from a multicenter pragmatic randomised controlled trial // *Europ. J. Oral Implantol.* – 2016. – Vol. 9, №3. – P. 249-260.

16. Felice P. et al. Immediate, immediate-delayed (6 weeks) and delayed (4 months) post-extractive single implants: 4-month post-loading data from a randomised controlled trial // *Europ. J. Oral Implantol.* – 2016. – Vol. 9, №3. – P. 233-247.

17. Khabilov N.L., Mun T.O., Milusheva R.Yu., Holmuminov A.A. The problem of creating a bioactive layer of the intraosseous dental implants implants in

Uzbekistan // *Europ. Sci. Rev.* – 2016. – №3-4. – P. 247-251.

18. Khabilov N.L., Rashidov R.A. Study of acute and chronic toxicity of the domestic dental implant from titan in experimental animals // *Asian J. Res.* – 2017. – Vol. 3, №3. – P. 36-43.

19. Khabilov N.L., Rashidov R. Results of histomorphological studies of bone tissue after implantation with dental implant with bioactive coating // *Science and practice: a new level of integration in the modern world: Materials of International Conference.* – L., 2018. – P. 120-123.

20. Khabilov N.L., Rashidov R.A. Experimental substantiation of the effectiveness of the bioactive layer of the titanium dental implant // *J. Res. Health Sci.* – 2018. – Vol. 1, №2. – P. 31-37.

21. Kushaldeep A. et al. Comparative evaluation of the influence of immediate versus delayed loading protocols of dental implants: A radiographic and clinical study // *J. Indian Prosthodont. Soc.* – 2018. – Vol. 18, №2. – P. 131-138.

22. Nemkovsky С.Е. Использование имплантатов Radix комбинированной формы для улучшения результатов имплантологического лечения // *Соврем. стоматол.* – 2004. – №4. – С. 110.

23. Putters T.F. et al. Immediate dental implant placement in calvarial bone grafts to rehabilitate the severely resorbed edentulous maxilla: A prospective pilot study // *J. Craniomaxillofac. Surg.* – 2019. – Vol. 47, №1. – P. 23-28.

24. Shahnaz A. et al. A preliminary randomized clinical trial comparing diode laser and scalpel periosteal incision during implant surgery: impact on postoperative morbidity and implant survival // *Lasers Med. Sci.* – 2018. – Vol. 33, №1. – P. 19-25.

РЕЗЮМЕ. Подробно рассматриваются и сравниваются преимущества и недостатки немедленной нагрузки и отсроченной нагрузки имплантата в различных клинических случаях. Имеющиеся данные подтверждают клиническую эффективность протокола ранней нагрузки имплантата, а также тот факт, что протезирование с применением титановых имплантатов является высокоэффективным методом, который в большинстве случаев дающим положительный результат, обеспечивая полноценность протезирования при индивидуальном подборе адекватной конструкции имплантата.

Ключевые слова: протезирование, имплантат, немедленная нагрузка, отсроченная нагрузка.

РЕЗЮМЕСИ. Ушбу мақолада турли хил клиник ҳолатларда имплантатни дарҳол юклаб ва кечиктирилган юклама усулларида ўрнатишнинг афзалликлари ва камчилик тарафлари батафсил кўриб чиқилади ва таққосланади. Мавжуд бўлган ушбу далиллар имплантацияни эрта ўрнатиш протоколининг клиник самарадорлигини тасдиқлайди, шунингдек титан имплантатларидан фойдаланган ҳолда протезлаш кўп ҳолларда ижобий

натижа берадиган юқори самарали усул бўлиб, протезнинг тўлиқ кийматини аниқлаб, имлантатнинг тегишли дизайнини танлайди.

SUMMARY. This article discusses and compares in detail the advantages and disadvantages of immediate loading and delayed loading of the implant

in various clinical cases. The available data confirm the clinical effectiveness of the implant early loading protocol, and prosthetics using titanium implants is a highly effective method, in most cases giving a positive result, providing full-fledged prosthetics and individual selection of an adequate implant design.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-99>

УДК: 616.314.26-007.23-053.2

СТОМАТОЛОГИК САЛОМАТЛИК ВА СОҒЛОМ ТУРМУШ ТАРЗИ



Муртазаев С.С., Сайдалиев М.Н., Джалилова Ф.Р.

Тошкент давлат стоматология институти

Мамлакатимизнинг чекка вилоятларидаги болаларда тиш касалликларининг юқори даражадалиги уларнинг соғлиғига таҳдид солмоқда. Агар тиш касалликларининг ривожланишини олдини олишга ҳаракат қилинмаса, унда бу вазиятнинг янада чуқурлашишини кўришимиз мумкин [1,10,16,27,28].

Асосий тиш касалликларининг бирламчи профилактикаси марказидаги асосий бўғин – бу ижтимоий ва тиббий тадбирларнинг ўзаро таъсири бўлган соғлом турмуш тарзидир. Соғлом турмуш тарзида этиотропик ва патогенетик профилактика ўзаро боғлиқдир, чунки бу оғиз бўшлиғида кариесоген омилларнинг пасайишига, тишлар ва умуман тананинг салбий омилларнинг таъсирига қаршилигини оширишга таъсир қилади [18-20].

Стоматологик жиҳатдан инсоннинг соғлом турмуш тарзини шакллантиришда оғиз гигиенаси мониторинги билан гигиенага риоя қилиш; яхши овқатланиш; оғиз бўшлиғининг органлари ва тўқималарига нисбатан хавф омилларини бартараф этиш; атроф-муҳит омилларининг зарарли таъсирини тузатиш каби омиллар муҳим рол ўйнайди [18].

Афсуски, болалар ва ўспиринларнинг соғлиғининг ёмонлашувининг сабаблари, мактабгача ва таълим муассасаларининг бошланғич саводсизлиги, ўзларининг соғлиғи ва болаларнинг санитария-гигиеник билимларининг пастлиги ва кўпинча уларнинг ота-оналари билан боғлиқ [18].

Тиш касалликларининг олдини олишда валеология соҳасида ишлайдиган мутахассислар, хусусан стоматовалеология (оғиз бўшлиғи ва юз-жағ аъзоларининг шаклланиши, сақланиши ва соғлиғини сақлаш ҳақидаги фан) бўлимида катта ёрдам бериши мумкин [14,18].

Инсон саломатлигини шакллантириш нафақат тиббиётнинг, балки таълим тизимининг ҳам вазифасидир. Афсуски, мамлакатимизда одам тў-

лиқ потенциал бемор бўлганидагина шифокорга мурожаат қилади. Шунинг учун соғлиқни сақлаш функцияларининг бир қисмини ижтимоий мақсадларга қараб, соғлом одамни шакллантириш муаммоларини ҳал қила оладиган ва амалга ошириши керак бўлган, турмуш даражасини белгилайдиган шароитлардан катъий назар мактабгача ва умумий таълим муассасалари ўқитувчиларига бу вазифани юклаш тавсия этилади [2,3,6,13].

Ота-оналарнинг тиш касалликларини олдини олишга бўлган салбий муносабати болаларда қариес ривожланишининг муҳим омилдир. Бундан ташқари, ушбу муносабатларга мувофиқ шаклланган ота-оналарнинг хулқ-атвор стереотиплари ҳам киритилган. Кўпинча, бола ота-оналарнинг тиш соғлиғига бўлган муносабатидан ўрناк олади [18].

Болаларни эрта ёшдан бошлаб гигиеник таълим ва тарбиялашнинг изчиллиги ва кетма-кетлиги, асосий тиш касалликларининг олдини олишда мотивацияни яхшилайдиган. Ишонч ва очиқлик, иттифоқчилик ва меҳнатсеварлик ёш ўқувчиларнинг муҳим шахсий хусусиятидир. Катталарга, асосан ўқитувчиларга чексиз ишониш бошланғич мактаб ўқувчиларига хос хусусиятидир. Бошланғич синфларда болалар ўзларининг тенгдошлари билан эмас, балки ўқитувчига кўпроқ қизиқиш кўрсатишади, чунки ўқитувчи улар учун образ ва хатти-ҳаракатлар намунасидир. Шу сабабли, бу ёшда мунтазам оғиз гигиенаси одатини шакллантириш, соғлом турмуш тарзини олиб бориш, шунингдек, боланинг турли эҳтиёжларини қондириш ва унинг мотивацион соҳасини ривожлантиришга бўлган муносабатни ривожлантириш керак [18].

Бошланғич мактаб ёшидаги болаларда тиш касалликлари профилактикаси ривожланишидаги энг қулай ва истиқболли йўналишлардан бири бу оғиз гигиенаси бўйича стоматологик дарслар, шунингдек мактаб стоматологияси бўлиб, у болага кўп йиллар давомида ҳар томонлама профилактик

ёрдам кўрсатиши мумкин. Мактаб стоматологик кабинетида болаларни текшириш, хавф омилларини аниқлаш, даволаш ва профилактик тадбирларга индивидуал ёндошиш, тиббий ходимларнинг доимий назоратида бўлиш ва ўқитувчилар ва ота-оналар билан яқин алоқа ўтказиш учун барча имкониятлар мавжуд [29].

Ҳукукий-меъёрий ҳужжатларни таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, собиқ Совет Иттифоқида мактабдаги стоматологик хоналарда болаларга стоматологик ёрдам ва профилактика кўрсатиш борасида катта тажриба тўпланган (Т. Виноградова). Бугунги кунда мактабларда стоматологик хоналарнинг йук бўлиб кетиш хавфи мавжуд [18,22].

Янги ижтимоий-иқтисодий шароитлар, стоматологиянинг замонавий ривожланиши Ўзбекистонда мактаб учун стоматологиянинг янги, замонавий концепциясини яратиш заруриятини тақозо этмоқда. Ишнинг аниқ чизмаси ва тартибини ишлаб чиқиш, кўрсатиладиган ёрдам ҳажми ва доирасини режалаштириш, шунингдек мактаб дастурларининг самарадорлигини малакали баҳолаш зарур. Амалга ошириладиган ислохотлар жараёнида болаларнинг стоматологик саломатлиги ва умуман мактаб стоматологияси давлатнинг эътиборидан четда қолди [8,21].

Болаларнинг стоматологик саломатлиги аъло даражада бўлган мамлакатларда, мактабдаги стоматологик хоналар ўрнига, маълум миқдордаги мактаблар ва болаларга хизмат кўрсатадиган мактаб стоматология марказлари мавжуд. Марказ ходимлари, ҳамширалар ёки стоматология гигиенистлари мактабларга қатнайдилар, профилактика тадбирларини ўтказадилар, болаларни кўрикдан ўтказадилар ва керак бўлганда уларни даволаш марказларига юборадилар. Марказларнинг фаолияти болаларда стоматологик касалликлар камайганлиги ва тиш кариесининг асоратлари йўқлиги билан баҳоланади. Бунда тишга қўйилган пломба оғиз бўшлиғида қанча кам бўлса, профилактика ишлари шунчалик самарали бўлади. Шартли меҳнат бирликлари амалда қўлланилмайди. Бола йилига бир марта мажбурий текширувдан ўтказилади [15].

Малакали стоматологик ёрдам кўрсатиш учун ўрта тиббиёт ходимлари ва стоматологик гигиенистларини тайёрлаш керак, чунки стоматологияда профилактик йўналишни ривожлантириш учун, уни деярли тўлиқ ёрдамчи тиббий ходимларга топшириш мумкин. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, тиш шифокори иш вақтининг 25-16 фоизини ёрдамчи ишларга сарфлайди [11,23,24].

Халқаро тажриба шуни кўрсатадики, стоматологик ёрдам тизимида гигиенистлар ёки стоматолог ёрдамчилари бўлиши керак ва умумий стоматологларнинг 47 фоизи умумий амалиёт шифокори бўлиши керак. Ғарбий Европанинг кўпгина мамлакатларида, Австралия, АҚШда стоматологларнинг

ҳамшираларга нисбати камида 1:1 ни ташкил қилади. Тиш гигиенисти кўпинча мустақил равишда ишлайди ва аҳоли орасида катта талабга эга. Ушбу ҳолат нафақат шифокорнинг вақтини тежаш билан бирга, ва яна тиббий ишнинг профилактик йўналишини ҳам таъминлайди.

Марказий Европанинг собиқ социалистик мамлакатлари ва Болтиқбўйи мамлакатлари Европа Иттифоқи стандартларига мувофиқ стоматолог кадрларни тайёрлашни қайта туздилар. Россияда тиш гигиенистларини тайёрлаш ҳам бошланди, бу нисбатан янги жараён ҳисобланади. Россия Федерацияси Таълим вазирлигининг 19.06.2000-йилдаги 869-сонли буйруғи билан ўрта махсус касб-хунар таълими мутахассисликларининг таснифи “Стоматологик профилактика” ихтисослиги билан тўлдирилди. Ҳозирги вақтда ушбу мутахассисларга эҳтиёж ортиб бораётганлиги сабабли ўрта тиббиёт ходимлари учун қайта тайёрлаш дастурлари ишлаб чиқилган бўлиб, бунда тиш техникларидан (3 ой ичида), ҳамда ҳамширалардан (6 ой ичида) стоматологик гигиенистларни ўқитишга мўлжалланган. Бугунги кунда мамлакатимизда стоматологик хизматни такомиллаштириш йўллари ишлаб чиқилмоқда, стоматологик ёрдамни бошқаришнинг янги шакллари изланмоқда, мактабда стоматологияни ташкил қилишнинг янги усуллари изланмоқда ва таклиф қилинмоқда [15,19,26,30].

Республикада тиш касалликлари профилактикаси бўйича давлат дастурлари амалга оширилганига қарамай, кўпгина ҳудудларда автоном мактаб профилактика дастурлари яратилди ва бу ўз самараларини бермоқда. Масалан, 2006 йилдан Россия Стоматологлар Ассоциацияси “Проктер & Гамбл” билан ҳамкорликда тиш касалликлари профилактикаси бўйича мактаб дастурини ишлаб чиқди [12].

Янги ижтимоий-иқтисодий шароитлар, стоматологиянинг замонавий ривожланиши Россияда мактаб стоматологиясининг янги, замонавий концепциясини яратиш зарурлигини тақозо этмоқда. Мактаб стоматологиясини ташкил қилишнинг иложи бўлмаса, уюшган болалар гуруҳларида соғлом тиббий таълим орқали болаларнинг соғлигини сақлашга муқобил ёндашувларни топиш керак [4,6-8,13,17,19,25].

Адабиётлар

1. Багдасарова О.А. Выбор рациональной системы профилактики кариеса зубов у детей школьного возраста. Дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2009. – 143 с.
2. Винтухова Л.В., Заозерский Ю.А., Смирнов Д.М. «Круглые столы» как форма организации профилактической работы лечебно-профилактических учреждений среди населения // Профилактическая медицина – 2011: Материалы конф.; Под ред. А.В. Силина. – СПб: СЗГМУ им И.И. Мечникова, 2011. – С. 73-74 с.

3. Габриелян Н.В., Бондарева Т.М., Бережная Е.С. Формирование здорового образа жизни и организации медицинской профилактики в учреждениях здравоохранения Ставропольского края // Профилактическая медицина – 2011: Материалы конф.; Под ред. А.В. Силина. – СПб: СЗГМУ им И.И. Мечникова, 2011. – С. 75-77.
4. Данилова М.А., Константинова В.Е., Казакова Е.Л. Некоторые аспекты снижения тревожности и страха в практике детского врача-стоматолога // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний: Сб. тр. 7-й науч.-практ. конф. с междунар. участием; Под ред. Л.П. Кисельниковой, Л.Н. Дроботько. – Москва; Санкт-Петербург, 2011. – С. 35.
5. Жиленко О.Г. Стоматологическое здоровье детей, проживающих в экологически неблагоприятных районах Алтайского края: Дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 2006. – 158 с.
6. Киселева Е.Г. Формирование долгосрочных взаимоотношений стоматологов с детьми и родителями для профилактики и лечения стоматологических заболеваний: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 281 с.
7. Кожанова О.И., Сергеева СВ., Рахманова Г.Ю. Охрана здоровья детей и подростков Саратовской области // Профилактическая медицина – 2011: Материалы конф.; Под ред. А.В. Силина. – СПб: СЗГМУ им И.И. Мечникова, 2011. – С. 146-148.
8. Коломыткина О.В. Результаты санации полости рта у детей в условиях школьного стоматологического кабинета // Актуальные вопросы стоматологии: Материалы науч.-практ. конф. – Волгоград, 2007. – С. 195-198.
9. Коломыткина О.В., Маслак Е.Е. Значение образовательной программы в повышении мотивации школьников к профилактике кариеса зубов // Нижегородский мед. журн. – 2005. – №2. – С. 179-180.
10. Кузьмина И.Н. Профилактическая стоматология: Учеб. пособие. – М., 2009. – 188 с.
11. Кузьмина Э.М. Профилактике быть // Маэстро стоматологии. – 2011. – №4. – С. 46-50.
12. Лаптева Л.И. Эффективность внедрения комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний среди школьников ЦАО Москвы в течение 10 лет // Стоматол. детского возраста и проф. – 2008. – №2 (25).
13. Леонтьев В.К., Кисельникова Л.П., Маслак Е.Е. и др. Организация школьной стоматологии // Детская терапевтическая стоматология: Нац. руководство; Под ред. В.К. Леонтьева, Л.П. Кисельниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 87-102.
14. Леус П.А. Реализация коммунальных программ профилактики кариеса зубов // Dental Forum. – 2009. – №4 (32).
15. Леус П.А. Научное обоснование дальнейшего совершенствования лечебно-профилактической стоматологической помощи населению // Маэстро стоматологии. – 2011. – №4. – С. 40-46.
16. Лобыкина Е.Н., Рузаев Ю.В., Пантыкин Н.А. Школы здоровья в комплексе лечебно-профилактических мероприятий // Профилактическая медицина – 2011: Материалы конф.; Под ред. А.В. Силина. – СПб: СЗГМУ им И.И. Мечникова, 2011. – С. 183-185.
17. Лукиных Л.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний в условиях района крупного индустриального города: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Н.Новгород, 2001. – 36 с.
18. Лунева Н.А. Социальный смысл и медицинский эффект стоматологических образовательных программ для школьников: Дис. ... д-ра мед. наук. – Волгоград, 2009. – 371 с.
19. Лунева Н.А., Маслак Е.Е. Отдаленные результаты проведения образовательной стоматологической программы для школьников младших классов // Стоматол. детского возраста и проф. – 2007. – №4. – С. 59-62.
20. Маслак Е.Е., Власова Д.С., Родионова А.С. Особенности оказания стоматологической помощи детям раннего возраста // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний: Сб. тр. 7-й науч.-практ. конф. с междунар. участием; Под ред. Л.П. Кисельниковой, Л.Н. Дроботько. – Москва; Санкт-Петербург, 2011. – С. 102.
21. Маслак Е.Е., Лунева Н.А., Ставская СВ., Коломыткина О.В. Достижения и проблемы школьной стоматологической службы // Материалы 17-й и 13-й Всероссийских научно-практических конференций и 1-го Общеευропейского стоматологического конгресса. – М., 2007. – С. 201-203.
22. Маслак Е.Е., Шкарин В.В., Яновская М.Л. Становление службы детской стоматологии в Волгоградской области // История стоматологии: 3-я Всерос. конф. с междунар. участием: Докл. и тез. – М.: МГМСУ, 2009. – С 97-99.
23. Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья обучающихся в общеобразовательных учреждениях // Администратор образования. – 2008. №15.
24. Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники: Приказ Минздравсоцразвития РФ №319 от 28.04.2006 //Здравоохранение. – 2006. – №10.
25. Остапко Е.И., Дуда О.В. Оценка состояния твердых тканей зубов у детей с различным уровнем стоматологического здоровья, которые проживают в экологически неблагоприятных регионах // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний: Сб. тр. 7-й науч.-практ. конф. с междунар. участием; Под ред. Л.П. Кисельниковой, Л.Н. Дроботько. – Москва; Санкт-Петербург, 2011. – С. 119-120.
26. Послание Президента РФ Федеральному

Собранию от 05.11.2008 // Рос. газета. – 2008. – №230.

27. Терехова Т.Н. Заболеваемость кариесом детей Беларуси // Материалы 5-й международной научно-практической конференции // Стоматол. журн. – 2007. Прил. – №2. – С. 66.

28. Улитовский С.Б. Индивидуальная гигиена полости рта: Учеб. пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 192 с.

29. Хацкевич Г.А., Газоева Е.А. Анализ социально-демографических, психологических, поведенческих и клинических детерминант качества жизни детей, связанного со здоровьем их зубов // Институт стоматологии. – 2007. – №1. – С. 26-28.

30. The Bangalore Declaration CAMHADD // WHO workshop on prevention and promotion of oral health through schools. [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.who.int/oral_health/events/Bangalore/en/print.html (Версия от 28.01.2005).

РЕЗЮМЕ. Проведен ретроспективный анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященной исследованию влиянию адгезии микробов на изменения количественного состава микрофлоры

полости рта, так как разные группы микробов по-разному влияют на состояние пародонта сохранившихся зубов и мягких тканей.

Ключевые слова: микрофлора полости рта, состояние пародонта, мягкие ткани.

РЕЗЮМЕСИ. Mikrobiol yopishqoqlikning og'iz mikroflorasining miqdoriy tarkibidagi o'zgarishlarga ta'sirini o'rganishga bag'ishlangan mahalliy va xorijiy adabiyotlarning retrospektiv tahlili, chunki mikroblarning turli guruhlari saqlanib qolgan tish va yumshoq to'qimalarning periodontium holatiga turlicha ta'sir qiladi.

Kalit so'zlar: og'iz bo'shlig'i mikroflorasi, periodontal holat, yumshoq to'qimalar.

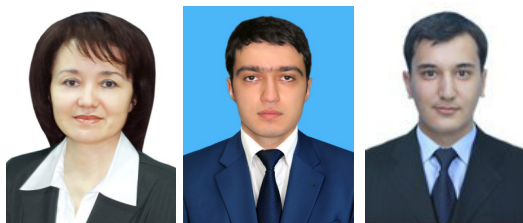
SUMMARY. A retrospective analysis of domestic and foreign literatures devoted to the study of the effect of microbial adhesion on changes in the quantitative composition of the oral microflora, since different groups of microbes differently affect the state of the periodontium of preserved teeth and soft tissues, has been carried out.

Key words: microflora of the oral cavity, periodontal condition, soft tissues.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-100>

УДК: 616.716.1-089.818.3

К ВОПРОСУ О МЕТОДАХ РАСШИРЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ



Арипова Г.Э., Насимов Э.Э., Джумаева Н.Б., Кадыров Ж.М.
Ташкентский государственный стоматологический институт

Аномалии смыкания зубных рядов в трансверзальном направлении, по разным данным, встречаются с частотой от 2 до 16%. В настоящее время известно много работ, посвященных изучению расширения верхней челюсти различными ортодонтическими аппаратами на основании диагностических данных [1,7,9,16].

Сужение верхнего зубного ряда может быть зубоальвеолярным и скелетным. Скелетное недоразвитие верхней челюсти по трансверзали может сопровождать длинный тип лица и скелетную аномалию окклюзии II класса или являться частью недоразвития верхней челюсти во всех трех плоскостях у пациентов со скелетной аномалией III класса при верхней микро- и ретрогнатии. Поэтому лечение аномалий прикуса в одном направлении меняет параметры зубочелюстной системы в двух других направлениях [2].

Р.Н. Нигматов и соавт. [8] изучали влияние заболеваний опорно-двигательного аппарата на зубочелюстную систему детей в периоде сменного прикуса. Интенсивность аномалий, по данным

авторов, нарастает по мере роста и формирования ребенка, что отражается и на сроках, и на результатах ортодонтического лечения.

В процессе расширения верхней челюсти важно определить, на каком уровне произошло сужение зубного ряда и/или челюсти и в зависимости от возраста пациента выбрать метод лечения [8,11].

У пациентов с сужением зубных и альвеолярных дуг, наряду со значительным сужением верхней челюсти и верхней зубной дуги в боковых отделах, выявляются удлинение или укорочение в переднем отделе, сужение нижней зубоальвеолярной дуги, тесное положение передних зубов, недостаток места для клыков, аномалии положения отдельных зубов, их вестибулярный, небный наклон [3,6].

Диагноз сужения верхней челюсти может быть подтвержден только в том случае, если верхняя челюсть сужена по сравнению с другими структурами лица или имеется перекрестное соотношение зубных рядов, не связанное с наклоном зубов. В этом случае может быть оправдано скелетное рас-

ширение верхней челюсти.

Ключевую роль в вопросах терапии скелетного сужения верхней челюсти играет состояние срединного небного шва. По данным многих исследований, рост в области шва заканчивается к 17-18 годам [25]. Но окостенение шва может происходить и позже. Так, М. Persson, В. Thilander [22] установили, что в возрасте 25 лет были облитерированы только 5% небных швов.

Пациенты, являющиеся кандидатами для раскрытия срединного небного шва, могут иметь такую тяжелую степень тесного положения зубов, что даже при небном расширении потребуются удаление премоляров. Однако раскрытие шва должно быть у таких пациентов первым этапом перед удалением зубов или изменением их положения. Первые премоляры необходимы в качестве опоры для расширения и могут служить для этой цели даже в случае их последующего удаления [21].

Иногда расширение верхней челюсти обеспечивает достаточно дополнительного пространства, и необходимость в удалении зубов отпадает, но использовать раскрытие небного шва для решения проблемы скученности у пациентов с нормальной шириной верхней челюсти нецелесообразно [5,10]. Раскрытие срединного небного шва необходимо только как средство коррекции скелетного компонента перекрестного соотношения зубных рядов или коррекции апикального базиса верхней челюсти [12].

Описаны показания к раскрытию срединного небного шва в случаях сужения апикального базиса верхней челюсти у пациентов с фиссурно-бугорковыми контактами в области моляров и премоляров при их повышенном вестибулярном наклоне. Обоснованием этого является необходимость устранения травматической окклюзии как

патогенетического звена в развитии заболеваний пародонта [14].

При скелетном расширении верхняя челюсть расширяется по срединно-небному шву, без перемещения зубов в альвеолярной части верхней челюсти [12].

У взрослых пациентов и подростков после 14-18 лет, по данным литературы, применение данного метода может быть затруднено. Это связано с образованием костной ткани в области шва. Поэтому традиционный метод быстрого небного расширения может вызвать проблемы в области опорных зубов, их наклонно-вращательное перемещение в вестибулярном направлении, рецессию десневого края и т.д. [4,12].

Согласно данным R.J. Isaacson и соавт. [18], быстрому расширению верхней челюсти оказывают сопротивление срединный небный шов и другие верхнечелюстные сочленения. По мнению И.М. Нигматовой [9], эффективно использование прямой телерентгенографии для планирования и определения тактики ортодонтического лечения детей с аномалиями трансверзального направления в сменном прикусе. Верхнечелюстная кость сочленяется с десятью другими костями лица и черепа, что обеспечивает дополнительное сопротивление при раскрытии срединного небного шва, особенно значимы скуловая и клиновидная кости [16].

Хотя медленное расширение считается более физиологичным для тканей пародонта, недостаточная степень воздействия съемных конструкций при сложных и резко выраженных деформациях прикуса у подростков и взрослых снижают их эффективность, сводя к минимуму результативность лечения (рис. 1).



Рис. 1. Базисная пластинка с расширяющим винтом на верхнюю челюсть.

Для быстрого расширения верхней челюсти у взрослых рекомендуется использовать

несъемные аппараты (рис. 2, 3), такие как Haas-тип, HYRAX-тип и небные расширители.



Рис. 2. Аппарат Haas.



Рис. 3. Аппарат с винтом Hyrax

Для большинства расширяющих аппаратов величина разового расширения составляет 0,25 мм, то есть четверть оборота. Аппарат Haas состоит из акриловых небных пластин, которые необходимы для более равномерно распределения сил на зубах и на альвеолярных отростках.

У аппарата с винтом Нугах есть металлические стержни, через которые передается усилие винта на зубы.

М. Mommaerts [19] предложил титановый аппарат, передающий силу не через зубы и альвеолярный отросток, а только через костную основу альвеолярного отростка. Автор утверждает, что использование традиционных аппаратов для расширения верхней челюсти сопряжено с рядом осложнений: неконтролируемое наклонно-вращательное перемещение зубов, более высокий риск кортикальной резорбции и резорбции корней.

К аппаратам с костной фиксацией относят транспалатинальный дистрактор, магдебургский палатинальный дистрактор, роттердамский палатинальный дистрактор. Из-за трудностей в сравнении образцов выборок, которые имеют большие различия в возрасте, размере, протоколе ретенции, в величине достигнутого расширения, исследователи предоставляют различные данные о скелетном и зубном расширении. W.R. Proffit и соавт. [24] отмечают, что расширение, достигаемое при БРВЧ, составляет 50% скелетного и 50% зубного компонентов. Это подтверждается многочисленными исследованиями, включая работы В. Podessor и соавт. [23], в которых с помощью компьютерной томографии оценивались эффекты быстрого расширения верхней челюсти у растущих детей. Исследователи утверждают, что фактическое расширение скелета варьирует в пределах 25-53% от общего расширения верхней челюсти. А. Ghoneima и соавт. [17] для оценки изменений при БРВЧ применяли КЛКТ. Авторы пришли к выводу, что, хотя в большинстве случаев и происходит значительное увеличение зубных и скелетных размеров, но часть расширения объясняется наклоном зубов.

Во время быстрого верхнечелюстного расширения чрезмерные ортодонтические силы передаются верхнечелюстной кости через зубы, и неблагоприятные изменения могут происходить в опорных зубах и поддерживающих их тканях (например, буккальное опрокидывание зубов, резорбция корней, уменьшение щечной толщины кости, потеря маргинальной кости, рецессия десны).

Многие исследователи подтверждают мнение, что БРВЧ с опорой на зубы открывает прикус, связанный с изменениями параметров отдельных зубов: размер, ширина, наклон и т.д. [20]. В частности, Hicks указывает, что при наклоне зубов происходит их незначительная экструзия. Щечный наклон и экструзия небных бугров верхних боковых зубов приводят к вращению нижней челюсти вниз и вперед, увеличению межчелюстного угла, а также к уменьшению глубины прикуса. В своих публикациях А. Yilmaz и соавт. сообщают о среднем открытии прикуса на 1,43 мм при расширении верхней челюсти аппаратом Нугах [26].

Степень зубоальвеолярного наклона зависит от таких факторов, как тип расширяющего аппарата, режим активации, сопротивление костных и мягких тканей, окружающих верхнюю челюсть, а также возраст пациента. Чтобы избежать осложнений, в ортодонтической практике в последние годы чаще стали применять приспособления, дающие эффективные и стабильные результаты, не требуя при этом кооперации с пациентом.

К их числу относят аппараты для ускоренного расширения верхней челюсти и верхнего зубного ряда с использованием ортодонтических имплантатов, способствующих достижению максимальной опоры (рис. 4) [13].

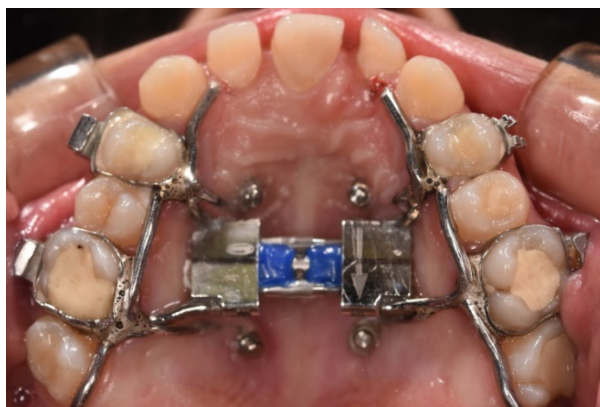


Рис. 4. Применение системы MSE для быстрого расширения с опорой на миниимпланты.

Долгосрочные исследования эффектов быстрого расширения верхней челюсти с опорой на мини-импланты показывают, что прирост поперечного размера верхней челюсти является относительно стабильным. Утверждается, что при увеличении ширины силы, развиваемой аппаратами для быстрого расширения верхней челюсти, разгружаются опорные зубы и поддерживающие их ткани от возможных неблагоприятных изменений (резорбция корней, уменьшение щечной толщины кости, потеря маргинальной кости и рецессия десны).

Таким образом, обзор литературных источников свидетельствует о том, что совершенных методов для устранения скелетного сужения верхней челюсти не существует. Побочные эффекты ортодонтического медленного расширения и лечения аппаратами быстрого расширения с опорой на зубы, побуждая исследователей к осуществлению поиска более совершенных методик лечения и конструкций расширяющих аппаратов для устранения данной патологии, оправдывают интерес клиницистов к аппаратам быстрого расширения в комплексе с ортодонтическими микроимплантами в качестве неподвижной опоры.

Литература

1. Арипова Г.Э., Насимов Э.Э., Расулова Ш.Р. Создание математической модели ортодонтической дуги на основе параметров зубных дуг при физиологических видах окклюзии // 57-е Международные научные чтения В.А. Стеклова. – М., 2019. – С. 96-99.
2. Арипова Г.Э., Расулова Ш.Р., Насимов Э.Э., Акбаров К.С. Эффективность ортодонтического лечения детей с дистальной окклюзией зубных рядов в период смены прикуса // Stomatologiya. – 2019. – №2.
3. Дедкова И.В. Клинико-рентгенологическое изучение стабильности результатов ортодонтического лечения пациентов с применением интенсивного расширения зубоальвеолярных дуг челюстей: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – М., 2007.
4. Доста А.Н. Быстрое расширение верхней челюсти у взрослых // Соврем. стоматол. – 2011. – №1.
5. Мартынов И.В. Быстрое небное расширение у взрослых: факты и наблюдения // Стоматол. вестн. – 1999 – №14.
6. Муртазаев С.С. Особенности реабилитационных мероприятий при скученном положении фронтальных зубов // Медико-социальная реабилитация инвалидов: Респ. науч.-практ. семинар. – Ташкент, 2003. – С 151-152.
7. Муртазаев С.С. Планирование ортодонтического лечения больным с зубочелюстными аномалиями // Дни молодых ученых материалы научно-практической конференции. – Ташкент, 2012. – С. 78-79.
8. Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Нодирхонова М.О. Влияние заболеваний опорно-двигательного аппарата на зубочелюстную систему детей в периоде сменного прикуса // Вестн. КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2019. – №1. – С. 51-55.
9. Нигматова И.М. Использование прямой телерентгенографии для планирования ортодонтического лечения детей в сменном прикусе // Актуальные проблемы стоматологии: Материалы науч.-практ. конф. – Наманган, 2017. – С. 88-90.
10. Образцов Ю.Л., Ларионова С.Н. Пропедевтическая ортодонтия. – СПб: Спец. Лит-ра, 2007.
11. Польша Л.В., Персин Л.С., Бугровецкая О.Г., Томина С.В. Обоснование ортопедического применения быстрого верхнечелюстного расширения // Стоматология. – 2004. – №1.
12. Проффит У.Р. Современная ортодонтия. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.
13. Токарев И.В., Москалева И.В. Инновации в ортодонтии: Учеб.-метод. пособие для курса по выбору студентов. – Минск: БГМУ, 2017. – 3 с.
14. Хасанов С.А., Махсудов С.Н., Бабаханов Г.К. Эндоназальная остеопластика срединного небного шва у детей с искривлением перегородки носа при аномалиях развития верхней челюсти // Вестн. КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2016. – №3. – С. 66-71.
15. Шкавро Т.К., Павлова И.А. Ортодонтические аппараты. – Иркутск: ИГМУ, 2017. – 32 с.
16. Bishara S.E., Staley R.N. // Amer. J. Orthod. Dentofacial Orthop. – 1987. – Vol. 91, №1. – P.3-14.
17. Ghoneima A., Abdel-Fattah E., Eraso F. // Aust. Orthod. J. – 2010. – Vol. 26, №2. – P. 141-148.
18. Isaacson R.J., Ingram A. // Angle Orthod. – 1964. – Vol. 34, №4. – P. 261-269.
19. Mommaerts M.Y. // Brit. J. Oral Maxillofac Surg. – 1999. – Vol. 37. – P. 268-272.
20. Murtazaev S.S. Results of fotometryc in representatives of the Uzbek population // Проблемы современной науки: 27-я науч.-практ. конф. – Бостон (США), 2019. – С. 85-89.
21. Nasimov E.E. Teeth size determination computer program for MEAW orthodontics. – Boston (USA), 2019.
22. Persson M., Thilander B. // Amer. J. Orthod. – 1977. – Vol. 72, №1. – P. 42-52.
23. Podesser B., Williams S., Crismani A.G., Bantleon H.-P. // Europ. J. Orthod. – 2007. – Vol. 29, №1. – P. 37-44.
24. Proffit W.R., Fields H.W. Contemporary Orthodontics. – Mosby, 2000.
25. Snodell S.F., Nanda R.S., Currier G.F. // Amer. J. Orthod. Dentofacial Orthop. – 1993. – Vol. 104, №5. – P. 471-483.
26. Yılmaz A., Arman-Özçirpıcı A., Erken S., Polat-Özsoy Ö. Comparison of short-term effects of mini-implant-supported maxillary expansion appliance with two conventional expansion protocols

// Europ. J. Orthod. – 2015. – Vol. 31. – P. 9-1.

РЕЗЮМЕ. Проанализированы работы, посвященные методам устранения скелетного сужения верхней челюсти. Изучение тактики расширения верхней челюсти различными ортодонтическими аппаратами в различных возрастных группах свидетельствует о множестве побочных эффектов от ортодонтического медленного и быстрого расширения. Анализ методик лечения и конструкций аппаратов быстрого расширения показывает их эффективность при комплексном использовании ортодонтических минивинтов в качестве неподвижной опоры.

Ключевые слова: скелетное сужение верхней челюсти, быстрое расширение, ортодонтические аппараты.

РЕЗЮМЕСИ. Юқори жағ скелетал торайишини бартараф этишга қаратилган изланишлар бўйича адабиётлар ўрганилди ва таҳлил қилинди. Турли ёшдаги шахсларда турли хил ортодонтик воситалар ёрдамида юқори жағни секин ва тез кен-

гайтириш тактикасини ўрганишда кўплаб ёндош таъсирлар юзага келиши таъкидланди. Тез кенгайтириш усулларни шакиллантириш ва воситалар конструкцияларини излаш турғун таянч сифатида микроимплантлардан фойдаланиш ортодонтик даволаш самарадорлигини кўрсатди.

Kalit so‘zlar: юқори жағнинг скелет қисқариши, тез кенгайтириш, ортопедик асбоблар.

SUMMARY. A review and analysis of literature sources dedicated to methods of eliminating skeletal narrowing of the upper jaw was carried out. The study of the expansion tactics for the upper jaw using various orthodontic appliances in different age groups indicates many side effects from slow and rapid orthodontic expansion. The research for treatment methods and designs for rapid expansion appliances shows their effectiveness in the complex use of orthodontic microimplants as a fixed anchorage.

Key words: skeletal narrowing of the upper jaw, rapid expansion, orthodontic appliances.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-101>

УДК: 616.314.2-007.26-07-089.23

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ОРТОДОНТИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ



Муртазаев С.С., Кучкарова М.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В настоящее время широко обсуждаются вопросы диагностики и лечения пациентов с цефалгиями различной этиологии. Нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц часто сопровождаются болевыми ощущениями различной выраженности. Специалисты неоднозначно оценивают роль нарушений смыкания зубных рядов и других факторов в развитии болевого синдрома. Известны результаты рандомизированных контролируемых исследований, доказывающих, что изменения окклюзионных соотношений не приводят к нарушению функции височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.

При обследовании пациентов с ортогнатическим прикусом и целостными зубными рядами окклюзионные нарушения были выявлены в 84,9% случаев, признаки дисфункций височно-нижнечелюстного сустава имелись у 84,8% обследованных. Высокая распространенность нарушений смыкания зубных рядов у пациентов с ортогнатическим прикусом требует систематизации факто-

ров окклюзионных нарушений, разработки тактики ранней диагностики и плана комплексного лечения [6].

Клиника зубоальвеолярных деформаций зависит от целого ряда факторов: времени, прошедшего с момента утраты зубов; возраста больного; величины и топографии дефекта; степени смещения зуба (ов); наличия стираемости зубов-антагонистов; состояния тканей периодонта и организма в целом. Несмотря на успехи, достигнутые в разработке эффективных методов лечения аномалий и деформаций зубочелюстной системы в сформированном прикусе, многие вопросы остаются нерешенными. У взрослых пациентов сформирован челюстно-лицевой скелет, образованы стойкие артикуляционные соотношения между зубными рядами и снижены пластические возможности костной ткани. При утрате зубов в зубочелюстной системе происходят изменения. Зубы, лишённые антагонистов, и окружающая их кость постепенно перемещаются в направлении отсутствующих антагонистов противоположной челюсти. Высокая

распространенность структурных и функциональных поражений височно-нижнечелюстных суставов у взрослого населения, достигающая 76%, а также сложности диагностики и лечения мышечно-суставных дисфункций определяют актуальность дальнейших исследований в этом разделе современной стоматологии. Дефекты зубных рядов в сочетании с дистальной окклюзией сопровождаются структурными и функциональными изменениями височно-нижнечелюстного сустава.

Объектом исследования послужили 180 пациентов с дефектами зубных рядов в сочетании с дистальной окклюзией. В результате применения клинико-лабораторных методов исследования было выделено три варианта строения височно-нижнечелюстного сустава, определены клинико-рентгенологические особенности изучаемой патологии, предложен алгоритм ортодонтического и ортопедического лечения данной патологии в зависимости от выделенного варианта височно-нижнечелюстного сустава [7].

По мнению многих специалистов [21], основными задачами современной ортодонтии является создание сбалансированной, морфологически устойчивой окклюзии в гармонии с эстетикой лица и функциональной адаптацией, а также изучение взаимосвязи между зубочелюстными аномалиями и соматической патологией. Организм человека – это биологическая система, состоящая из взаимосвязанных и подчиненных элементов. Любые отклонения в работе этой системы могут привести к функциональным нарушениям в одном органе. Это утверждение в полной мере относится к зубочелюстным аномалиям и деформациям, развитие которых тесно связано с другими заболеваниями. Таким образом, диагностика, лечебная тактика и профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций должны рассматриваться в контексте целостности несформированного организма ребенка, взаимозависимости формы и функций его органов и систем.

В ортодонтии широко применяется диагностическая классификация аномалий прикуса с лицевым. Согласно этой классификации аномалии прикуса с прогнатическим профилем лица можно разделить на 4 класса: дентоальвеолярное происхождение, скелетное происхождение, нижнечелюстное позиционирование и комбинированное скелетное и нижнечелюстное позиционирование, то есть комбинированный подтип I и подтип II. Среди новых разработок этой инновационной классификации аномалий прикуса новый импульс задает морфологическая оценка тела нижней челюсти. Помимо измерения только угловых и линейных периметров, необходима оценка физических контуров нижней челюсти с помощью цефалометрических измерений. Определяют геометрическую морфологию нижней челюсти и глу-

бину искривления симфиза.

У пациентов с лицевым прогнатизмом часто встречаются два типа морфологии нижней челюсти: благоприятное плоское и горизонтально прямоугольное тело с выступающим подбородком; и невыгодное толстое и вертикально треугольное тело с выступающим подбородком. Глубина симфиза, с другой стороны, оказывается мелкой или глубокой. Отмечается, что прогнатизм с ретрузией нижней челюсти имеет плоскую нижнюю челюсть, а неблагоприятная треугольная нижняя челюсть существует только при скелетном прогнатизме. Эта новая классификация ограничивает показания к экстракции при аномалиях прикуса с прогнатическим профилем лица: от экстракции следует воздержаться в случаях с повышенным оверджетом, надкусыванием и глубоким изгибом Шпее, а вместо этого рекомендуется ортопедическая терапия СГТБ.

Пропорции лица, как и пропорции зубов и всего тела, подчиняются правилу золотых пропорций. Для характеристики формы лица определяют фациальный морфологический индекс по Izard. Симметрию лица определяют относительно срединной линии лица. Центр подбородка считают индикатором смещения нижней челюсти, а степень ее смещения – одним из основных факторов риска развития дисфункциональных заболеваний ВНЧС. Для оценки эстетики лица авторы предлагают опираться на костные и мягкотканые параметры, отражающие связь положения НЧ в черепе в сагитальном направлении с углами, – выпуклости лица и носогубным, соотношением высот лица и положением верхней губы при дистальном прикусе.

В последнее время наблюдается тенденция к росту зубочелюстных деформаций различного генеза, сопровождающихся фонетическими аномалиями. Так, эффективность ортодонтического лечения зубочелюстных деформаций, сопровождающихся фонетическими нарушениями, удалось увеличить путем разработки и обоснования комплекса диагностических и лечебных мероприятий на основе мультидисциплинарного подхода [14]. Влияние состояния ЛОР-органов на формирование зубочелюстных деформаций и фонетических нарушений изучено у 155 детей. Клиническое стоматологическое обследование и ортодонтическое лечение проведено 82 пациентам в возрасте от 6 до 12 лет. Для преодоления дефектов фонологической стороны речи была проведена индивидуальная коррекционная логопедическая работа. Определенная патологическая «цепочка» причинно-следственных связей зубочелюстных деформаций с фонетическими нарушениями и заболеваниями ЛОР-органов стала основой для междисциплинарного подхода к решению выявленных проблем. Установлена качественная и количественная зависимость ухудшения звука от типа ортогнатической

деформации. Разработан и внедрен в практику комплекс диагностических и лечебных мероприятий для пациентов с зубными деформациями, сопровождающимися фонетическими нарушениями, состоящий из мотивационного, диагностического и терапевтического блоков. Предложенный комплекс диагностических и лечебных мероприятий позволил повысить эффективность ортодонтического лечения детей с зубогнатическими деформациями с нарушениями звукового произношения в зависимости от типа прикуса с помощью мультидисциплинарного подхода с привлечением отоларинголога, логопеда, детского терапевта и хирурга, что у 86,6% пациентов было подтверждено улучшением электромиографии, антропометрических показателей сканированных моделей челюстей, цефалометрии. Анализ данных конусно-лучевой компьютерной томографии показал достоверное увеличение объема верхних дыхательных путей на $53,8 \pm 4,2\%$.

Проведена оценка эффективности цефалометрии в планировании ортодонтического лечения пациентов со скученным положением зубов и соотношением моляров по I классу Энгля [3]. Цефалометрия выполнена у 70 больных, завершивших ортодонтическое лечение в клинике «Ортодонт» Самары. Боковую ТРГ головы каждому пациенту выполняли дважды: во время первичного диагностического обследования и при контрольном обследовании по завершении этапа ортодонтического лечения. У пациентов, которым во время лечения удалялись 4 первых премоляра, отмечалось статистически достоверное нарушение взаимосвязи между N-Se и длиной верхней и нижней челюсти. Величина N-Se у этих пациентов была больше, а относительная длина челюстей – меньше, чем у пациентов, у которых сохранялись все зубы или удалялись только 2 премоляра. Выявленное увеличение угла G при уменьшении длины нижней челюсти предполагает соответствующую компенсацию ее позиции. В процессе роста лицевого скелета указанные диспропорции усугублялись. Широкий диапазон значений цефалометрических параметров, определяющих стратегию создания пространства в зубном ряду, делает неэффективным использование данных параметров при ее выборе.

Анализ современной зарубежной и отечественной литературы показал, что существует много методик изучения КТ ВНЧС при различных патологических состояниях.

Сравнительный анализ методов измерения углов инклинации зубов и определение торка постоянных зубов при ортогнатическом прикусе [19]. Авторами проведено измерение углов инклинации у 137 человек с физиологическим прикусом и стандартными значениями торка постоянных зубов. При измерении торка зубов использовано четыре метода. При первом методе угол инклинации, образованный окклюзионной плоскостью и услов-

ной срединной вертикалью зуба, измеряли транспортиром на распилах гипсовых моделей зубных рядов. Второй метод, позволяющий оценивать торк и ангуляцию зубов одновременно, проводили с помощью аппарата Арко-зет (фирма Scheu Dental GmbH Н.). Третий метод – анализ снимков конусно-лучевой компьютерной томографии, на которые были нанесены линейные и угловые ориентиры. Четвёртый метод исследования базировался на результатах сканирования гипсовых моделей лазерным сканером ORAPIX с последующим созданием цифрового трёхмерного изображения и формированием виртуальной Set-Up-модели в файле ORAPIX 3Tхer 2.5.0.

Совершенствование существующих методов диагностики зубочелюстных аномалий привело к созданию высокотехнологичных, прецизионных, компьютеризированных методов измерений, использование которых не только позволит минимизировать погрешности, связанные с инструментальными измерительными методиками структур челюстно-лицевой области, но и за счёт прогнозируемости ортодонтического лечения достигнуть оптимальных функционально-эстетических результатов.

Китайские ученые (He S., Gao J., Wamalwa P., 2013) делятся опытом лечения скелетной аномалии прикуса III класса методом многослойной краевой дуговой проволоки (MEAW) с верхнечелюстными мини-имплантатами. 20 пациентов получали лечение методом MEAW и модифицированными эластиками класса III из верхнечелюстных мини-имплантатов. У 24 больных использованы длинные эластики класса III от верхних вторых моляров в качестве контроля. Латеральные цефалометрические рентгенограммы были получены и проанализированы до и после лечения, а также через 1 год после ретенции. У пациентов обеих групп достигнута удовлетворительная окклюзия.

Метод MEAW в сочетании с модифицированными эластиками класса III с помощью верхнечелюстных миниимплантатов позволяет эффективно наклонять нижнечелюстные моляры дистально без какой-либо экстррузии и наклонять нижние резцы лингвально с экстррузией для маскировки скелетных аномалий III класса. Можно избежать вращения нижней челюсти по часовой стрелке и дальнейшего проклинивания верхних резцов. Метод и модифицированные эластики класса III обеспечивали надлежащую стратегию лечения, особенно для пациентов с высоким углом наклона и склонностью к открытому прикусу.

Таким образом, обзор литературы свидетельствует о многообразии различных аномалий зубочелюстной системы. Ученые разных стран мира, изучив подходы к диагностике и лечению данной патологии, делятся накопленным опытом, предлагают разработанные протоколы, алгоритмы и методики.

Литература

1. Аверьянов С.В., Зубарева А.В. Влияние зубочелюстных аномалий на уровень качества жизни // Ортодонтия. – 2016. – №2 (74). – С. 33-34.
2. Анохина А.В., Абзалова С.Л. Анализ данных опроса врачей-ортодонтотв о применении современных методов диагностики и планирования лечения зубочелюстных аномалий у взрослых // Стоматология. – 2020. – №1. – С. 61-65.
3. Арсенина О.И. и др. Эффективность цефалометрии в планировании ортодонтической коррекции: цефалометрические параметры и их возрастные изменения (ч. 1) // Стоматология. – 2017. – №3. – С. 45-48.
4. Афанасьева О.Е., Арсенина О.И., Попова А.В., Кортукотв Е.И. Закономерное изменение наклона окклюзионной плоскости при лечении дистальной окклюзии индивидуальным лингвальным аппаратом // Стоматология. – 2018. – №4. – С. 42-44.
5. Берсенев А.В. Результаты лечения глубокого прикуса по данным анализа телерентгенограмм головы в боковой проекции // Ортодонтия. – 2006. – №4 (36). – С. 42-45.
6. Брагин Е.А., Долгалев А.А., Брагарева Н.В. Особенности обследования и лечения пациентов с целостными зубными рядами и окклюзионными нарушениями // Фундамент. иссл. – 2014. – №2. – С. 44-47.
7. Жулев Е.Н., Богатова Е.А. Изучение пространственной ориентации шарнирной оси при ортогнатическом прикусе на основе компьютерной томографии височно-нижнечелюстного сустава // Стоматология для всех. – 2016. – №2. – С. 29-31.
8. Насимов Э.Э., Муртазаев С.С., Арипова Г.Э., Хусанов Ю.Б. Определение цефалометрических данных у пациентов с дистальным и мезиальным прикусом по Ricketts // Stomatologiya. – 2018. – №3. – С. 58-60.
9. Персин Л.С. Метод подбора оптимального торка брекета для центральных резцов верхней челюсти с различной формой коронковой части // Ортодонтия. – 2011. – №4. – С. 16-17.
10. Польша Л.В., Черемисова В.С., Персин Л.С. Использование цефалографического анализа для оценки скелетной гармонии и баланса лица // Ортодонтия. – №3 (51). – 2010. – С. 26-32.
11. Alansari S., Atique M.I., Gomez J.P. et al. The effects of brief daily vibration on clear aligner orthodontic treatment // J. Wld Fed. Orthod. – 2018. – Vol. 7, 4. – P. 134-140.
12. Ashley A., Bouloux G. Imaging of the Temporomandibular Joint // Magn. Reson. Imag. Clin. North Amer. – 2012. – Vol. 20, №3. – P. 397-412.
13. Chigurupati R., Mehra P. Surgical Management of Idiopathic Condylar Resorption: Orthognathic Surgery versus Temporomandibular Total Joint Replacement // Oral Maxillofac. Surg. Clin. North Amer. – 2018. – Vol. 30, №3. – P. 355-367.
14. Flis P., Yakovenko L., Filonenko V., Melnyk A. Validation of the diagnostic and treatment complex for patients with orthognathic deformities and phonetic disorders // Georg. Med. News. – 2019. – Vol. 294. – P. 62-68.
15. Guo Y., Qiao X., Yao S. et al. CBCT Analysis of Changes in Dental Occlusion and Temporomandibular Joints before and after MEAW Orthotherapy in Patients with Nonlow Angle of Skeletal Class III // Biomed. Res. Int. – 2020. – Vol. 19. – P. 7238263.
16. He S., Gao J., Wamalwa P. et al. Camouflage treatment of skeletal Class III malocclusion with multiloop edgewise arch wire and modified Class III elastics by maxillary mini-implant anchorage // Angle Orthod. – 2013. – Vol. 83, №4. – P. 630-640.
17. Kaku M., Koseki H., Kawazoe A. Treatment of a case of skeletal class II malocclusion with temporomandibular joint disorder using miniscrew anchorage // Cranio. – 2011. – Vol. 29, №2. – P. 155-163.
18. Kato C., Ono T. Anterior open bite due to temporomandibular joint osteoarthritis with muscle dysfunction treated with temporary anchorage devices // Amer. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2018. – Vol. 154, №6. – P. 848-859.
19. Kim J.H., Arita E.S., Pinheiro L.R., Yoshimoto M. Computed Tomographic Artifacts in Maxillofacial Surgery // J Craniofac Surg. – 2018 Vol. 29, №1. – P. e78-e80.
20. Mani F.M., Sivasubramanian S.S. A study of temporomandibular joint osteoarthritis using computed tomographic imaging // Biomed. J. – 2016. – Vol. 39. – P. 201-206.
21. Mehra P., Nadershah M., Chigurupati R. Is Alloplastic Temporomandibular Joint Reconstruction a Viable Option in the Surgical Management of Adult Patients With Idiopathic Condylar Resorption? // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2016. – Vol. 74, №10. – С. 2044-2054.
22. Mercuri L.G., Handelman C.S. Idiopathic Condylar Resorption: What Should We Do? // Oral Maxillofac. Surg. Clin. North Amer. – 2020. – Vol. 32. – №1. – P. 105-116.

РЕЗЮМЕ. Обзор литературы проводился по электронным базам данных Pub Med/Medline Cochrane, SCOPUS, SPRINGER, Google Scholar. опубликованных в 2010-2020 гг. Для фильтрации научных работ использовались заранее определенные критерии включения и исключения. В обзор были включены научные статьи, удовлетворяющие основным критериям включения.

Ключевые слова: ортодонтия, аномалии зубочелюстной системы, диагностика и лечение.

РЕЗЮМЕЦИ. Adabiyotlarni ko'rib chiqish Pub

Med/ Medline Cochrane, SCOPUS, SPRINGER, Google Scholar elektron ma'lumotlar bazalari yordamida amalga oshirildi. 2010-2020 yillarda nashr etilgan. Ilmiy ishlarni filtrlash uchun oldindan belgilangan qo'shilish va chiqarib tashlash mezonlari ishlatilgan. Sharhda asosiy qo'shilish mezonlariga javob beradigan ilmiy maqolalar mavjud.

Kalit so'zlar: ortodontiya, dentoalveolyar tizim anomalialari, diagnostikasi va davolash.

SUMMARY. Literature review was carried out using electronic databases Pub Med/Medline Cochrane, SCOPUS, SPRINGER, Google Scholar. Published in 2010-2020. Predefined inclusion and exclusion criteria were used to filter scientific papers. The review included scientific articles that met the main inclusion criteria.

Key words: orthodontics, anomalies of the dentoalveolar system, diagnosis and treatment.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-102>

УДК: 616.314-089.843.77:616.314-77]-616.311.2-06

СОСТОЯНИЕ ПЕРИИМПЛАНТАЦИОННЫХ ТКАНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ С ОПОРОЙ НА ВНУТРИКОСТНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ



Кодиров Д., Арсланов О.У.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ортопедическое устранение дефектов зубных рядов различной локализации и протяженности с использованием вживленных в кость металлических дентальных имплантатов является наиболее эффективным способом протезирования. Оно успешно используется в различных странах мира уже около двух десятилетий, постоянно совершенствуясь как в части конструкции самих имплантатов, так и в их применении при различных степенях атрофии альвеолярных отростков в области отсутствующих зубов, а также в сроках вживления имплантатов в кость [1,4,8,14,19].

Одним из важных преимуществ дентальной имплантации является создание условий для несъемного протезирования, в том числе при полном отсутствии зубов и обширных дефектах зубных рядов, а также при дефектах челюстей. Внутрикостные имплантаты, кроме того, зачастую используют для улучшения фиксации съемных протезов [2,6,10,11,12,15,20].

На появление имплантата, как на вторжение чужеродного агента, организм отвечает комплексом реакций соединительной ткани. Эти реакции сводятся к изменениям, сходным с воспалительным процессом в тканях пародонта. Однако воспаление вокруг имплантата приводит к более прогрессивной потере костной ткани, чем вокруг естественного зуба (Робустова Т.Г., 2003).

Основное место в этиологии периимплантатных заболеваний определяют два фактора: бактериальная инфекция (plaque – theory) и биомеханические перегрузки (loading – theory) [11,21,25].

Изучению влияния различных конфигураций

имплантатов на биомеханическое поведение полнодуговых монолитных циркониевых несъемных протезов нижней челюсти с опорой на имплантаты посвящена статья французских ученых [14]. Они провели анализ биомеханических реакций FAFDPs на основе циркония с различными конфигурациями имплантатов (числом и распределением), что позволило прогнозировать возможные места разрушения и оптимальную конфигурацию с биомеханической точки зрения с помощью метода конечных элементов (МКЭ). Результаты были представлены с использованием усредненных по объему напряжений фон-Мизеса (σ_{VMVA}) для устранения численных особенностей. Было обнаружено, что предпочтительнее более широкое размещение многоблочных копиров, так как это уменьшает консольное воздействие на зубной протез. Увеличение количества поддерживающих имплантатов в FAFDPs уменьшает нагрузку на каждый имплантат, хотя это не обязательно может значительно снизить концентрацию напряжения в большинстве задних мест. В целом 6-имплантированная конфигурация была предпочтительной, поскольку она обеспечивала наиболее сбалансированную механическую производительность у конкретного пациента.

Американские ученые [25] описывают новый подход к использованию прототипа цифрового стержня для полной цифровой реабилитации имплантата с полной дугой. Две комбинируемые структуры были использованы во время одного и того же визита в качестве прототипов для одновременного тестирования расположения имплантатов

и параметров протеза. На базе МДМ была напечатана стереолитографическая модель с аналогами имплантатов. Титановый стержень с имплантированными соединениями и функциональной структурой смолы был отшлифован на основе МДМ и использован в качестве прототипа. Для проверки точности оттиска имплантата был опробован титановый прототип, проведены клинические и рентгенологические исследования. Окончательная реставрация была получена путем соединения двух прототипов вместе и окончательной обработки протеза розовой смолой. Прототипы позволили клиницисту одновременно проверить точность цифровых оттисков и проверить параметры протеза за один визит для создания окончательной реставрации. Проведено сравнительное изучение распределения напряжений в полных зубных протезах нижней челюсти, опирающихся на имплантаты, по материалам стержня и технологии изготовления с использованием качественного фотоупругого анализа [13,16,26,27]. Лучшее распределение напряжений показали протезы с волокнисто-армированным полимерным стержнем (G1). Протезы с обработанным стержнем Co-Cr (G3) демонстрировали худший стандарт распределения напряжений, с перегрузкой на дистальной части задних имплантатов, затем следовали протезы с литым стержнем Co-Cr (G4) и обработанным стержнем cpTi (G2). Армированный волокнами полимерный стержень обладает адекватным распределением напряжений и может служить жизнеспособной альтернативой для реабилитации полости рта с использованием полных зубных протезов нижней челюсти, поддерживаемых имплантатами. Кроме того, использование группы G1 давало преимущества, в том числе уменьшенный вес и меньшую возможную перегрузку компонентов имплантатов, что приводило к сохранению опорной конструкции.

C. Gautam, J. Joyner, A. Gautam (2016) представили полный анализ зубной керамики на основе циркония. Благодаря очень высокой прочности на сжатие 2000 МПа, ZrO_2 может противостоять различным механическим средам. Во время распространения трещины при приложении напряжения на поверхности ZrO_2 кристаллическая модификация уменьшает распространение трещин. Кроме того, биосовместимость циркония была изучена *in vivo*, что показало отсутствие неблагоприятного ответа при введении образцов ZrO_2 в кость или мышцу. Эксперименты *in vitro* свидетельствуют об отсутствии мутаций и хорошей жизнеспособности клеток, культивируемых на этом материале, что привело к использованию ZrO_2 в производстве протезов головки бедра. По своим механическим свойствам циркониевые несъемные частичные зубные протезы (ФПД) превосходят другие керамические / композитные реставрации

и, следовательно, могут с успехом применяться при реабилитации пациентов, имеющих имплантаты. В последнее время цирконий был внедрен в ортопедическую стоматологию для изготовления коронок и несъемных частичных зубных протезов в сочетании с технологиями автоматизированного проектирования/автоматизированного производства (CAD/CAM).

Введение имплантата в кость является хирургической травмой для ткани, вследствие которой развиваются воспаление, начальные проявления резорбции и запускается каскад сосудисто-тканевых реакций с последующей регенерацией. Важную роль в этом процессе играют состояние сосудистого русла и уровень кровоснабжения в зоне повреждения. В условиях ишемии возникает тенденция к образованию фиброзной и хрящевой тканей вместо формирования костных структур [5,18,23].

Таким образом, многочисленные исследования свидетельствуют о высокой актуальности проблемы остеоинтеграции и стабильно высоком интересе стоматологов к поиску способов достижения прогнозируемого успеха при дентальной имплантации.

Считают, что субгингивальные анаэробные патогены могут колонизировать поверхность имплантата, нарушая остеоинтеграцию зубных имплантатов, как только нарушается уплотнение мягких тканей вокруг шейки имплантата [14,28,30]. Оценка материалов имплантатов *in vitro* обычно проводится в монокультурных исследованиях, включающих либо интеграцию тканей, либо колонизацию бактериями. Было продемонстрировано, что ко-культуральные модели, в которых клетки тканей и бактерии сражаются одновременно за помещенье на поверхности имплантата, обеспечивают лучшую имитацию клинической ситуации *in vitro*. Мукозит имплантатов и периимплантит имеют инфекционную этиологию. Если их не лечить, воспалительные реакции и инфекция приведут к потере альвеолярной кости вокруг зубных имплантатов. Клинически это сочетается с отеком и покраснением окружающих имплантат мягких тканей. Конечными последствиями мукозита имплантата и периимплантита может быть потеря имплантата. Микробиота инициирует воспалительную реакцию хозяина, которая во многих аспектах сходна с той, которую можно наблюдать при пародонтите. Распространенность периимплантита колеблется от 15 до 25%. Пациенты, потерявшие зубы из-за пародонтита, могут быть более склонны к периимплантиту. Эта восприимчивость может быть непосредственно связана с генетически сложным предрасполагающим риском.

Последние данные свидетельствуют о том, что профессиональная механическая обработка карманов вокруг имплантатов и собственная способность пациентов удерживать имплантаты

свободными от бактерий непредсказуемы. Профессиональная санация может быть эффективна в течение более коротких периодов времени и, скорее всего, потребует интенсивной поддерживающей терапии. В случае ограниченного ответа на нехирургическую механическую поддерживающую терапию может быть рассмотрено дополнительное применение местного применения антимикробного агента с медленным высвобождением.

Хирургическое лечение с целью устранения кармана мягких тканей и попытки установить гигиенические условия, могут быть неприемлемы для пациента в эстетических областях. В этих ситуациях может быть рассмотрена регенеративная терапия. Антибиотики обычно используются в медицине для лечения инфекций. Ограниченное применение антибиотиков является необходимым условием для предотвращения возникновения широко распространенной антибиотикорезистентности.

Периимплантит – это локальная инфекция, ограниченная областью вокруг пораженного имплантата. Поэтому местное введение антибиотика в высокой концентрации вполне логично. Было разработано и широко изучено несколько местных антибактериальных препаратов. Существует необходимость разработки новых методов, позволяющих эффективно доставлять местные антибактериальные и противовоспалительные средства для лечения имплантированных инфекций.

L.O. Berbel, E.D.P. Banczek, I.K. Karousis [20] рассматривали титан (Ti) в качестве материала для изготовления зубных имплантатов. Титан и его сплавы обладают высокой биосовместимостью и коррозионной стойкостью благодаря способности этого металла образовывать пассивную оксидную пленку, то есть TiO_2 , непосредственно после контакта с кислородом. Этот пассивный слой считается стабильным во время функционирования в полости рта, однако появляющаяся информация связывает воспалительный периимплантит с огромным увеличением продуктов коррозии Ti вокруг больных имплантатов по сравнению со здоровыми [8,17,23].

Таким образом, крайне важно определить, какие факторы в микроокружении периимплантата могут снизить коррозионную стойкость Ti. Проводилось моделирование воспалительных состояний периимплантата *in vitro* для определения того, какие факторы влияют на коррозионную восприимчивость зубных имплантатов Ti-6Al-4V. Были исследованы эффекты перекиси водорода (суррогат активных форм кислорода, АФК, обнаруживаемые при воспалении), альбумина (белок, типичный для физиологических жидкостей), деаэрации (для имитации пониженных условий pO_2 во время воспаления) в кислой среде (pH 3), характерной для воспалительного состояния. Коррози-

онная стойкость клинически значимых кислотных травленных поверхностей Ti-6Al-4V исследовалась электрохимическими методами: потенциал разомкнутой цепи, электрохимическая, импедансная спектроскопия и анодная поляризация. Результаты электрохимических испытаний подтвердили, что наиболее агрессивные условия для сплава Ti-6Al-4V были характерны для окклюзированных клеток, то есть окислительные условия (H_2O_2) в присутствии белка и деаэрации физиологической среды. Результаты свидетельствуют о том, что коррозионная стойкость титана может быть снижена интенсивными воспалительными процессами. Это наблюдение указывает на то, что микросреда, воздействию которой имплантат подвергается во время периимплантационного воспаления, является очень агрессивной и может привести к атаке пассивного слоя TiO_2 . Авторы считают, что необходимо дальнейшее исследование влияния этих агрессивных условий на растворение титана.

К поздним осложнениям после дентальной имплантации относится появление воспаления в периимплантационной зоне в период остеоинтеграции или после ее завершения [3,9,22,24,27,29].

Мукозит – это воспаление прилегающих к конструкции мягких тканей, не сопровождающееся нарушением остеоинтеграции.

К ятрогенным причинам, которые могут явиться факторами риска развития периимплантита, относятся несоблюдение правил асептики и антисептики; недостаточная информированность врача о состоянии здоровья пациента, невыявленные очаги хронической инфекции в челюстно-лицевой области, приводящие к неудачному результату; несоответствие размера имплантата размерам имплантационного ложа; образование поддесневой гематомы в момент операции с ее последующим нагноением; разрушение костной ткани, вызванное чрезмерным усилием вкручивания имплантата (более 45 Н/м); перегрев и, как следствие, некроз кости при препарировании на высоких оборотах; чрезмерное препарирование костных тканей; ошибки на этапах протезирования, а именно хроническая травма и перегрузка пародонта, неконгруэнтность ортопедической конструкции; наличие микрозазоров между имплантатом и абатментом [7,16,22].

Дентальная имплантация расширяет показания к использованию несъемного зубного протезирования и позволяет повысить эффективность ортопедического лечения, но часто при ее проведении практикующие стоматологи сталкиваются с проблемой дефицита костной ткани челюстей в виде атрофии альвеолярного гребня, постэкстракционных состояний, неблагоприятных анатомических особенностей (низкое положение дна верхнечелюстного синуса), деструкции кости при заболеваниях пародонта.

Таким образом, анализ литературы показал, как в разных странах решаются проблемы ортопедического лечения пациентов несъемными зубными протезами с опорой на дентальные имплантаты. Авторы статей делятся опытом удачно выполненных реставраций, методами профилактики воспалительных осложнений и профилактических мероприятий, поддерживающих пародонтальную терапию у пациентов с дентальными имплантатами.

Литература

1. Гветадзе Р.Ш., Федоровский А.Н. Козлова Л.С. Консольный элемент в несъемной ортопедической конструкции с опорой на дентальные имплантаты: влияние на напряженно-деформированное состояние кости // *Стоматология*. – 2016. – Т. 95, №4. – С. 62-64.
2. Гветадзе Р.Ш., Федоровский А.Н. Влияние консольного элемента несъемной ортопедической конструкции с опорой на дентальные имплантаты // *Dental Forum*. – 2017. – №1. – С. 46-50.
3. Гударьян А.А. Иммунологические и микробиологические особенности послеоперационных воспалительных осложнений челюстно-лицевой области // *Вестн. стоматол.* – 2014. – Т. 3, №88. – С. 59-63.
4. Зекий А.О., Зекий О.Е. Патогенная микрофлора и состояние периимплантационных тканей у пациентов с несъемными ортопедическими конструкциями с опорой на внутрикостные имплантаты при использовании герметизирующей силиконовой матрицы // *Институт стоматологии*. – 2018. – №1 (78). – С. 37-39.
5. Калмин О.В., Никольский В.И., Федорова М.Г., Феоктистов Я.Е. Морфологические изменения тканей в зоне имплантации комбинированного герниопротеза в разные сроки после хирургического вмешательства // *Саратовский науч.-мед. журн.* – 2017. – №3.
6. Кипарисова Д.Г. Способы оптимизации гигиенического ухода за съемными и несъемными ортопедическими конструкциями на мини-имплантатах. Обзор литературы // *Пермский мед. журн.* – 2015. – Т. 32, №5. С. 144-148.
7. Котельников Г.П., Трунин Д.А., Колсанов Н.В. и др. Количественная оценка рентгенологических параметров альвеолярной кости челюстей в результате реконструктивных операций // *Мед. вестн. Сев. Кавказа*. – 2019. – №1-1.
8. Лабис В.В., Базикян Э.А., Сизова С.В. и др. Нанотехнологические и иммунологические аспекты в практической стоматологии // *Мед. имунол.* – 2017. – №6. – С. 230-235.
9. Малолеткова А.А., Шемонаев В.И., Гаценко С.М. и др. Клинический случай протезирования пациента несъемными ортопедическими конструкциями с опорой на дентальные имплантаты // *Дентальная имплантол. и хир.* – 2019. – №1 (34). – С. 44-47.
10. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. – 3-е изд. – М.: Мед. информ. агентство, 2011. – 400 с.
11. Рожнов С.М., Ломакин М.В. Состоятельность зубов и имплантатов: морфометрические характеристики в сравнении с конструкционными особенностями // *Рос. стоматол.* – 2015. – №2 (80). – С. 49-57.
12. Сирак С.В., Аванесян Р.А., Копылова И.А. и др. Организация диспансеризации пациентов после дентальной имплантации и профилактика периимплантита в раннем дофункциональном периоде // *Фундамент. иссл.* – 2013. – №9. – С. 481-485.
13. Сиренко А.Ф. Экспериментальное моделирование напряженно-деформированного состояния несъемной ортопедической конструкции с опорой на дентальный имплантат и абатмент методом конечных элементов // *Соврем. стоматол.* – 2015. – №4 (78). – С. 106.
14. Тлустенко В. П., Байриков И. М., Трунин Д. А., Гусякова О. А., Комлев С. С. Влияние технологии протезирования зубов на динамику ранних предикторов воспалительно-деструктивного процесса в периимплантатной зоне // *Вестн. РГМУ*. – 2019. – №2.
15. Тунева Н.А., Богачева Н.В., Тунева Ю.О. Проблемы дентальной имплантации // *Вятский мед. вестн.* – 2019. – №2 (62).
16. Чернов А.В., Ирьянов Ю.М., Радченко С.А. и др. Исследование особенностей интеграции различных биоматериалов в мягких и костной тканях организма // *Гений ортопедии*. – 2012. – №1.
17. Шемонаев В.И., Машков А.В., Патрушев А.С. и др. Анализ точности припасовки несъемной ортопедической конструкции с опорой на дентальные имплантаты в зависимости от метода получения оттиска // *Вестн. Волгоградского гос. мед. ун-та*. – 2019. – №1 (69). – С. 69-73.
18. Ярифа М.А. Профилактика осложнений после протезирования при помощи несъемных конструкций зубных протезов, фиксирующихся на зубах и дентальных имплантатах // *Соврем. стоматол.* – 2014. – №3 (72). – С. 108.
19. Alfaro F.H., Puchades M.S., Martinez R.G. Total reconstruction of the atrophic maxilla with intraoral bone grafts and biomaterials: a prospective clinical study with cone beam computed tomography validation // *Int. J. Oral Maxillofac. Impl.* – 2013. – Vol. 28, №1. – P. 241-251.
20. Berbel L.O., Banczek E.D.P., Karousis I.K. et al. Determinants of corrosion resistance of Ti-6Al-4V alloy dental implants in an In Vitro model of peri-implant inflammation // *PLoS One*. – 2019. – Vol. 14, №1. – P. e0210530.
21. Coyac B.R., Leahy B., Salvi G. et al. A preclinical model links osseodensification due to misfit and osseodestruction due to stress/strain // *Clin. Oral Impl. Res.* – 2019. – Vol. 30, №12. – P.

1238-1249.

22. dos Santos Marsico V., Lehmann R.B., de Assis Claro A. Three-dimensional finite element analysis of occlusal splint and implant connection on stress distribution in implant-supported fixed dental prosthesis and peri-implantal bone // *Materials Sci. Engineer. C.* – 2017. – Vol. 80. – P. 141-148.

23. Fernandez-Estevan L., Selva-Otaola E.J., Montero J., Sola-Ruiz F. Oral health-related quality of life of implant-supported overdentures versus conventional complete prostheses: retrospective study of a cohort of edentulous patients // *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* – 2015. – Vol. 20, №4. – P. 450-458.

24. Martellacci L., Quaranta G., Patini R. et al. A literature review of metagenomics and culturomics of the peri-implant microbiome: Current evidence and future perspectives // *Materials.* – 2019. – Vol. 2, №18. – P. 3010.

25. Monaco C., Arena A., Pallotti G. et al. Digital bar prototype technique for full-arch rehabilitation on implants // *J. Amer. Dent. Assoc.* – 2019. – Vol. 150, №6. – P. 549-555.

26. Papez J., Dostalova T., Chleborad K. et al. Chronological age as factor influencing the dental implant osseointegration in the jaw bone // *Prague Med. Report.* – 2018. – Vol. 119, №1. – P. 43-51.

27. Tettamanti L., Andrisani C., Bassi M.A. et al. An Immediate loading implants: review of the critical aspects // *Oral Impl.* – 2017. – Vol. 10, №2. – P. 129-139.

28. Vemulapalli A.K., Penmetsa R.M.R., Nallu R., Siriyala, R. HAp/TiO₂ nanocomposites: Influence of TiO₂ on microstructure and mechanical properties // *J. Comp. Materials.* – 2020. – Vol. 54, №6. – P. 765-772.

29. Zeller-Plumhoff B., Malich C., Krüger, D.

et al. Analysis of the bone ultrastructure around biodegradable Mg-xGd implants using small angle X-ray scattering and X-ray diffraction // *Acta Biomaterialia.* – 2020. – Vol. 101. – P. 637-645.

30. Zhong J., Guazzato M., Chen J. et al. Effect of different implant configurations on biomechanical behavior of full-arch implant-supported mandibular monolithic zirconia fixed prostheses // *J. Mech. Behavior Biomed. Materials.* – 2020. – Vol. 102.

РЕЗЮМЕ. Проанализирован мировой опыт протезирования с опорой на дентальные имплантаты, который можно использовать в различных клинических ситуациях как для несъемного протезирования, так и для улучшения фиксации съемных конструкций, добиваясь при этом прогнозируемого успеха в лечении.

Ключевые слова: дентальные имплантаты, несъемное протезирование, воспалительные осложнения, профилактика.

РЕЗЮМЕСИ. Dental implantlarga asoslangan protezlash bo'yicha jahon tajribasi tahlil qilingan bo'lib, u turli xil klinik vaziyatlarda ham protezlashda, ham olinadigan inshootlarning fiksatsiyasini yaxshilashda, davolashda bashorat qilinadigan yutuqlarga erishish uchun ishlatilishi mumkin.

Kalit so'zlar: stomatologik implantlar, qattiq protezlar, yallig'lanish asoratlari, oldini olish.

SUMMARY. The world experience in prosthetics based on dental implants is analyzed, which can be used in various clinical situations both for fixed prosthetics and for improving fixation of removable structures, while achieving predictable success in treatment.

Key words: dental implants, fixed prosthetics, inflammatory complications, prevention.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-103>

УДК: 616.716.8-018[.019]-616.314-089.819.843

ПОДГОТОВКА ИМПЛАНТАЦИОННОГО ЛОЖА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСОБЕННОСТЕЙ ГИСТОАРХИТЕКТониКИ КОСТНОЙ ТКАНИ



Хасанов Ш.М., Рахматова М.Х., Рахматов А.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В последние десятилетия дентальная имплантация (ДИ) заняла важное место в хирургической стоматологии. Применение внутрикостных зубных имплантатов позволяет восстановить жевательную функцию при частичной и полной потере зубов и улучшить эстетику лица. Несмотря на успехи ДИ, важной проблемой остается уменьшение количества осложнений и сокращение сроков реабилитации пациентов после операции ДИ [1,2,13,14].

Применение дентальной имплантации, являющейся неотъемлемой частью стоматологии, значительно расширило границы возможностей ортопедической стоматологии в сложных клинических ситуациях [5,9]. Сроки проведения дентальной имплантации определяет состояние тканей протезного ложа [10,11]. Использование имediat-протезов после удаления зубов позволяет сохранить правильную конфигурацию альвеолярного от-

ростка в области удаленных зубов и восстановить функциональные возможности зубочелюстной системы [11,12,19].

Применяя имплантаты в качестве опоры для зубного протеза, врач должен понимать, как оптимально провести то или иное вмешательство, какова структура тканей, на которых проводится вмешательство, что происходит в костных структурах челюстей при нагрузках на установленные имплантаты. Это касается общих и местных реакций организма на проведенное вмешательство.

Стоматологическая имплантация связана с введением в ткани организма чужеродных тел и тканевой реакцией на них. Помимо реакции на сами имплантаты, проблему представляет реакция организма на биоматериалы, используемые при выполнении дополнительных костно-пластических операций, которые применяют в виде порошков, гранул, трансплантатов или мембран. Во всех случаях главным условием успеха лечения является приживание имплантируемого и трансплантируемого материала, поэтому к нему предъявляют жесткие требования. Прежде всего, он не должен вызывать общей или местной реакции организма и быть токсичным, канцерогенным, аллергенным и радиоактивным [7,8,22]. При выборе материала для зубной имплантации или дополнительных операций следует основываться на глубоком знании того, как он будет действовать в биологической среде организма [7].

Как известно, перед проведением дентальной имплантации стоматолог обязан правильно определить плотность кости пациента. От этого будет зависеть размер имплантата. Кроме того, качество кости напрямую влияет на первоначальную стабильность имплантата и время, необходимое для остеоинтеграции. Однако стоит учитывать, что костная структура может иметь различную плотность не только в разных анатомических областях, но даже на различных уровнях одной зоны. Это повышает требования к диагностике при планировании и проведении операций дентальной имплантации, а также к разработке различных подходов к созданию ложа в зависимости от типа кости, определяет необходимость поиска новых остеопластических материалов и их клиническую оценку [13,14,17,19,20].

До настоящего времени остается открытым ряд вопросов, касающихся особенностей формирования имплантационного ложа в различных по своим качественным характеристикам типах костной ткани для обеспечения хорошей первичной стабильности имплантата [17].

В свете вышесказанного возникает необходимость изучения вопросов подготовки имплантационного ложа и качества позиционирования и стабилизации имплантатов в зависимости от особенностей гисто-архитектоники костной ткани, а

также анализа изменений интенсивности напряжений вокруг внутрикостного винтового имплантата при разных типах кости. Чем больше структурных элементов костной ткани приходится на единицу объема кости, тем выше вероятность достижения остеоинтеграции. Данное положение является одним из основополагающих принципов выбора конфигурации и размеров имплантата. Гистоархитектоникой называется характеристика количественного соотношения структурных элементов губчатого и компактного слоев и их организация [15,18,21,22]. Изучение состояния костной ткани в зоне предполагаемой имплантации базируется на использовании современных рентгенодиагностических методик, включая конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ) [5,10,11].

Наиболее распространенная классификацией для систематизации типов архитектоники костной ткани челюстей – классификация Lekholm и Zarb (1985), которая отражает основные фенотипы архитектоники тела и альвеолярных отростков челюстей [13,14]. Согласно этой классификации различают 4 типа костной ткани:

- D1 – самая твердая. Встречается на нижней челюсти в переднем отделе, хотя может встретиться где угодно, но не часто. Сверлится тяжело, как дубовая древесина. Недостатками является неудовлетворительное кровоснабжение;

- D2 – довольно порозная кортикальная и жесткая трабекулярная часть. В принципе идеальный тип кости. Легко достигается первичная стабильность имплантата. Часто такой тип кости встречается на нижней челюсти: и в переднем, и в дистальном отделах;

- D3 – порозная кортикальная часть и мягкая трабекулярная. Встречается на верхней челюсти, иногда и в дистальных отделах нижней челюсти. Хотя и считается, что успех имплантации выше при первых двух типах, гистологи утверждают, что наилучшие результаты будут именно у этого типа кости в силу богатого кровоснабжения и потенциала ремоделирования;

- D4 – самая «ватная» по ощущениям. Мягкая и порозная, при сверлении напоминает пенопласт. Такая кость часто бывает в дистальных отделах верхней челюсти. Нагружать надо с осторожностью, рекомендуется связывать несколько имплантатов и увеличивать количество опор.

С появлением компьютерной томографии исследователи начали лучше разбираться в костной архитектонике, и теперь выделяют уже 6 видов костной ткани:

- 1-й тип – встречается во фронтальном отделе верхней челюсти, на нижней челюсти – во фронтальном и реже в боковых отделах. Костная ткань представлена практически полностью компактным слоем. Данный тип архитектоники практически не подвержен остеопорозу при снижении

функциональной перегрузки;

- 2-й тип – данный тип чаще встречается во фронтальном отделе и в области премоляров верхней челюсти, реже – в области моляров, на нижней челюсти – в области малых и больших коренных зубов, соотношение компактного и губчатого слоев составляет 1:1. Толщина компактного слоя – 3 – 5 мм и более;

- 3-й тип – чаще в области моляров верхней и нижней челюсти, реже во фронтальном отделе и в области бугров верхней челюсти, соотношение губчатого и компактного слоев составляет 1:3. Толщина компактного слоя при таком типе архитектуры обычно 2-3 мм. Губчатый слой представлен равномерной, хорошо развитой сетью трабекул, однако они тонкие и не формируют четко ориентированные устои;

- 4-й тип – встречается в области бугров и альвеолярного отростка в области моляров верхней челюсти, реже в области моляров нижней челюсти. Не встречается во фронтальных отделах челюстей, соотношение компактного и губчатого слоев составляет 1:4 и более. Толщина компактного слоя – 1-2 мм. Губчатый слой представлен рыхлой сетью тонких трабекул;

- 5-й тип – губчатый слой отсутствует практически полностью. Состояние остеопороза, развившееся в результате регрессивной трансформации губчатого слоя кости, имевший до этого 3 фенотип архитектуры. Толщина компактного слоя составляет 2-4 мм;

- 6-й тип – губчатый слой отсутствует полностью. Является результатом регрессивной трансформации 4-го типа архитектуры. Толщина компактного слоя не превышает 1-1,5 мм. Этот тип может рассматриваться как декомпенсированный остеопороз, так как при такой организации костная ткань челюсти не в состоянии адекватно реагировать на функциональную нагрузку и лишена способности к структурной перестройке.

1-4-й фенотипы архитектуры являются вариантами нормальной структуры костной ткани челюстей и могут встречаться как в области правильно функционирующих зубов, так и на участках, лишенных зубов.

5-6-й типы архитектуры челюстей являются результатом резорбции и атрофии структурных единиц кости и представляют собой регионарный остеопороз как следствие адентии.

Существуют также классификации челюстных костей, в которых предполагается произвести имплантирование, по строению и качеству [16]. По степени резорбции альвеолярного отростка челюстные кости классифицируются от А до Е, когда Shape А – это кость, которая не подверглась резорбции, а Shape Е – кость с очень сильной резорбцией.

По пропорции между компактной и губчатой

костной тканью кость классифицируется от 1 до 4; при этом 1 означает ситуацию, когда больше компактной кости, а 4 – больше губчатой; Наиболее благоприятная для имплантирования кость – крупная кость без выраженной резорбции, кость, в которой имеется достаточное количество кортикальной кости, обеспечивающей быстрое заживление и остеоинтеграцию. Следовательно, идеальная кость – это А2.

Несмотря на то, что верхняя челюсть – самая большая кость лицевого черепа, она имеет сравнительно небольшую массу, что связано с расположением в ней воздушной полости – верхнечелюстной пазухой – важным анатомическим образованием [4]. Основная масса губчатого вещества располагается в толще альвеолярного отростка. Крыловидно-небно-бугорная область расположена позади альвеолярной дуги верхней челюсти и имеет сложное анатомическое строение. В ее образовании участвуют три кости: верхнечелюстная (бугор), небная (пирамидальный отросток) и клиновидная (крыловидный отросток), прочно соединенные друг с другом, что позволяет при необходимости внедрять в эту область имплантаты. Трудности хирургического вмешательства в основном связаны с различиями в архитектонике и плотности кости, в которую внедряют имплантат [6,8-10]. Область моляров и премоляров расположена между бугром верхнечелюстной кости и клыком. Сверху она ограничена дном верхнечелюстной пазухи, снизу – свободным краем альвеолярного отростка. На резорбцию альвеолярного отростка влияют давность выпадения зубов и сроки ношения съемных протезов. От размеров верхнечелюстной пазухи зависит объем остающейся костной ткани, в которую можно вживить имплантаты. Чем больше выражена резорбция альвеолярного отростка, тем важнее анализ обычного и компьютерно-томографического рентгенологического исследования для уточнения объема и плотности кости.

Особенностью области моляров и премоляров является близость верхнечелюстной пазухи. Степень пневматизации тела верхнечелюстной кости и объем костной ткани альвеолярного отростка после потери зубов влияют на костную архитектуру, которая определяет эффективность фиксации имплантатов. Если костная ткань редуцирована, трехмерная визуализация костных структур, смежных с верхнечелюстной пазухой, на основе КТ становится обязательной [3,4].

Клыковая область является пограничной. Она отделяет резцовую область от областей премоляров и моляров и соответствует границе между верхнечелюстной пазухой и полостью носа. Клыковая область имеет особо важное значение для имплантации как с морфологической, так и с функциональной точки зрения. Клыки играют

важную роль для прикуса, особенно при боковых движениях.

Клыкковая область, как и резцовая, характеризуется незначительной толщиной губчатой кости вокруг зубных альвеол. Кортикальная пластинка, обращенная к преддверию и верхнечелюстной пазухе, имеет незначительную толщину, в то время как назальная часть его характеризуется большей толщиной [6].

Резцовая область не таит в себе существенного анатомического риска для имплантологов, но вживление имплантатов здесь часто оказывается затруднительным из-за центрипетальной резорбции альвеолярного отростка. Из-за резорбции альвеолярного отростка имплантаты часто вживляют на уровне передней части небной области.

Резцовая область характеризуется, с одной стороны, малой толщиной губчатого вещества, окружающего зубные альвеолы, с другой, — значительной разницей в толщине преддверной и небной кортикальной пластинки.

Преддверная кортикальная пластинка часто имеет толщину менее 1 мм и может соприкасаться непосредственно с корнями резцов. Небная кортикальная пластинка толще и отделяется от зубных альвеол более или менее выраженным слоем губчатого вещества, имеющего большое значение. Тонкость кортикальной пластинки в сочетании с близостью альвеолярного отростка затрудняет внедрение имплантата вдоль оси медиальных и латеральных резцов [5].

При изготовлении имплантатов используют три основные группы материалов: металлы, керамика и полимеры [13,17,18]. Приживление каждого материала имеет особенности, которые детально изучают. Выводы и рекомендации исследователей учитывают разработчики и производители имплантатов и биоматериалов [9,10,19]. J. Osborn и соавт. (1980), изучив реакцию живых костных и мягких тканей на имплантируемый материал, разделили их по биосовместимости на три группы: биотолерантные, биоинертные и биоактивные. Для биотолерантных материалов (нержавеющие стали, сплавы хрома, кобальта и молибдена, а также последних с никелем) как ответ на раздражающее действие имплантата в контактирующей с тканями зоне характерно возникновение в кости дистанционного остеогенеза. При этом от вживленного имплантата из этих материалов кость отделяет слой мягкой фиброзной ткани [16]. В случае применения биоинертных материалов (алюминиевая керамика, керамики двуокиси циркония, титан, тантал, ниобий, углерод) при благоприятных механических условиях развивается контактный остеогенез, то есть прямое соединение этих материалов с костной тканью [22]. Костная интеграция происходит благодаря тому, что поверхность таких материалов химически инертна к окружающим тканям

и тканевым жидкостям. Биоактивные материалы (кальций-фосфатная керамика, стекло, стеклянные керамики) вызывают соединительный остеогенез — прямое химическое соединение имплантата с окружающей его костью благодаря присутствию свободного кальция и фосфата на поверхности материала и адекватности их взаимодействия.

Свойства новообразованных тканей. Для обеспечения успеха имплантации материалы, находящиеся в тканях организма человека, не должны проявлять такие свойства, как коррозия, эластичность, изнашиваемость и растворимость. Для зубных имплантатов большое значение имеет реакция материала на нагрузки. Одной из характерных причин неудач зубной имплантации является разлом конструкции из-за неадекватной нагрузки или «усталости» материала, в том числе металла. Важную роль в костной интеграции имплантатов играют биохимические свойства материала [20]. Шведские и американские исследователи при изучении биохимических свойств поверхности контактных зон биоматериалов установили, что наиболее активно и плотно кость соединяется с керамиками, в том числе с окисью алюминия, гидроксипатитом и трикальций фосфатом.

Таким образом, при планировании лечения с применением дентальных имплантатов, в первую очередь необходимо учитывать анатомические особенности челюстей и их изменения, вызванные постэкстракционной атрофией костной ткани. Успех операции имплантации во многом зависит от особенностей строения челюстей. Интеграция имплантата зависит от состояния костной ткани.

Литература

1. Абрамов Д.В., Дергунов А.В. Системная морфофункциональная оценка реактивности организма на имплантацию различных дентальных материалов // Институт стоматологии. — 2010. — №3. — С. 72-73.
2. Аджиев К.С., Абакаров С.И. Влияние переменного магнитного поля на микроциркуляторного русла и процессы остеointegrации после дентальной имплантации // Институт стоматологии. — 2010. — №4. — С. 34-35.
3. Ботабоев Б.К. Результаты дентальной имплантации у лиц пожилого и старческого возраста // Успехи геронтол. — 2010. — Т. 23, №1.
4. Волков А.В., Бадалян В.А., Кулаков А.А. и др. Гистоморфологические исследования взаимоотношений костной ткани с дентальным имплантатом // Биомедицина. — 2012. — №4. — С. 96-100.
5. Гветадзе Р.Ш., Аржанцев А.П. Клинико-рентгенологические аспекты использования имплант-протезов для подготовки протезного ложа перед дентальной имплантацией // Рос. стоматол. журн. — 2013. — №6.
6. Годи Ж.-Ф. Атлас по анатомии для имплантологов/ Пер. с франц. В.Ю. Халатова. — М.: МЕД-

пресс-информ, 2009. – 246 с.

7. Загорский В.А. Дентальная имплантация. Материалы и компоненты // Символ науки: Междунар. науч. журн. – 2016. – №9. – С. 132-136.

8. Иванов А.С. Основы дентальной имплантологии: Учеб. пособие. – 2-е изд., стереотип. – СПб: Спец. Лит-ра, 2013. – 63 с.

9. Канноева М.В., Ушаков А.И., Зорян Е.В. Клинико-морфологическая оценка качества костной ткани челюсти при использовании остеопластических материалов при подготовке к дентальной имплантации // Рос. стоматол. – 2015. – Т. 8, №3. – С. 26-28.

10. Крапивин Е.В., Фадеев Р.А. Анализ постэкстракционной регенерации костной ткани лунок зубов перед дентальной имплантацией // Институт стоматологии. – 2015. – Т. 81, №4. – С. 306-307.

11. Кулаков А.А., Надточий А.Г., Брайловская Т.В. и др. Оценка состояния альвеолярной кости вокруг дентальных имплантатов, установленных после выполнения костнопластических операций, по данным рентгенологического анализа // Мед. альманах. – 2015. – №3 (38). – С. 178-180.

12. Минина А.Н., Чернина Т.Н. Основы дентальной имплантологии: Учеб.-метод. – Витебск: ВГМУ, 2013. – 76 с.13

13. Никольский В.Ю., Вельдякова Л.В., Максюттов А.Е. Оценка степени атрофии костной ткани челюстей после удаления зубов в связи с дентальной имплантацией // Саратовский науч.-мед. журн. – 2011. – Т. 7, №1.12

14. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. – 3-е изд. – М.: Мед. информ. агентство, 2011. – 400 с.

15. Салеева Г.Г. Изучение минеральной плотности костной ткани при планировании дентальной имплантации // Казанский мед. журн. – 2013. – Т. 84, №4. – С. 272-273.

16. Утюж А.С., Загорский В.А., Загорский В.В. Упруго-напряженные состояния костных структур челюстей и черепа человека // Символ науки: Междунар. науч. журн. – 2016. – №2-3. – С. 175-178.

17. Хафизов Р.Г. Формирование ложа для дентальной имплантации // Казанский мед. журн. – 2012. – Т. 83, №3. – С. 232-234

18. Юмашев А.В., Загорский В.В., Лушков Р.М. Акустические свойства костной ткани черепа человека // Синтез науки и общества в решении глобальных проблем современности: Сб. статей Междунар. науч.-практ. конф. – В 2-х ч. – 2016. – С. 239-244.

19. Krasny M., Krasny K., Kamiński A., Fiedor P. Allogeneic materials in complications associated with pre-implantation restoration of maxillary and mandibular alveolar processes // A four case report. Cell Tissue Bank. – 2014. – Vol. 15, №3. – P. 381-389.

20. Laino L., Iezzi G., Piattelli A. et al. Vertical ridge augmentation of the atrophic posterior mandible

with sandwich technique: bone block from the chin area versus corticocancellous bone block allograft-clinical and histological prospective randomized controlled study // Biomed. Res. Int. – 2014. – Vol. 56. – P. 982104.

21. Loktionova M.V., Zhakhbarov A.G., Yumashev A.V. et al. Rehabilitation of patients with total mandible defects // USA J. Appl. Sci. – 2016. – №2. – С. 10-12.

22. Misch C.M. Dental implants complications // Etiology, prevention and treatment. – 2nd ed. – 2016. – P. 332-361.

РЕЗЮМЕ. В последние десятилетия дентальная имплантация заняла важное место в хирургической стоматологии. Применение внутрикостных зубных имплантатов позволяет восстановить жевательную функцию при частичной и полной потере зубов и улучшить эстетику лица. Несмотря на успехи дентальной имплантологии, важной проблемой остается уменьшение количества осложнений и сокращение сроков реабилитации пациентов после операции дентальной имплантации. При планировании имплантации стоматологи часто сталкиваются с проблемой неудовлетворительного качества объема кости в области вмешательства. Результат имплантологического лечения во многом определяется состоянием костной ткани и ее структурой в области постановки внутрикостного имплантата. Это повышает требования к диагностике при планировании и проведению операций дентальной имплантации, а также к разработке различных подходов к созданию ложа в зависимости от типа кости, аугментации костной ткани, определяет необходимость поиска новых остеопластических материалов и их клиническую оценку.

Ключевые слова: костная ткань, костное ложе, челюстные кости, дентальная имплантология.

РЕЗЮМЕСИ. So'nggi o'n yilliklarda stomatologik implantologiya jarrohlik stomatologiyada muhim o'rin tutmoqda. Intraosseous dental implantlardan foydalanish tishlarning qisman va to'liq yo'qolishi bilan chaynash funktsiyasini tiklashga va yuzning estetikasini yaxshilashga imkon beradi. Tish implantologiyasining muvaffaqiyatli bo'lishiga qaramay, tish implantatsiyasi operatsiyasidan keyin bemorlar uchun asoratlar sonini kamaytirish va rehabilitatsiya davrini qisqartirish muhim muammo bo'lib qolmoqda. Implantatsiyani rejalashtirishda stomatologlar ko'pincha aralashuv sohasida suyak hajmining sifatsizligi muammosiga duch kelishadi. Implantatsiyani davolash natijasi asosan suyak to'qimalarining holati va uning intraosseous implant joylashish sohasidagi tuzilishi bilan belgilanadi. Bu dental implantatsiya operatsiyalarini rejalashtirish va amalga oshirishda diagnostika talablarini oshiradi, shuningdek suyak turiga qarab yotoq yaratish, suyak to'qimasini ko'paytirish bo'yicha yangi

yondashuvlarni ishlab chiqadi, yangi osteoplastik materiallarni izlash va ularni klinik baholash zarurligini belgilaydi.

Kalit soʻzlar: suyak toʻqimasi, suyak toʻshagi, jagʻ suyaklari, stomatologik implantologiya.

SUMMARY. In recent decades, dental implantology has occupied an important place in surgical dentistry. The use of intra-bone dental implants allows to restore chewing function with partial and complete loss of teeth and improve the aesthetics of the face. Despite the success of dental implantology, an important problem remains the reduction of complications and the reduction of rehabilitation

periods for patients after dental implantation surgery. When planning implantation, dentists often face the problem of poor bone volume in the intervention area. The result of implant treatment is largely determined by the condition of the bone tissue and its structure in the area of intra-bone implantation. This increases the diagnostic requirements for the planning and conduct of dental implantation operations, as well as the development of different approaches to the creation of a bed depending on the type of bone, bone augmentation, determines the need to find new osteoplastic materials and their clinical evaluation. **Key words:** bone, bone bed, jawbone, dental implantology.

Обзорная статья

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-104>

УДК:616.314.17-008.1:611.018.74-008

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПАРОДОНТА



Хасанов А.И, Мирахмедова Ш.М.

Ташкентский Государственный стоматологический институт

Введение. Пародонтит возникает из-за микробного налета, который накапливается на поверхности зуба у края десны и вызывает воспалительную реакцию. Воспалительная реакция у пациентов с хроническим пародонтитом приводит к разрушению тканей пародонта. При постоянной бактериальной нагрузке ткани пародонта постоянно подвергаются воздействию определенных бактериальных компонентов, которые способны изменять многие локальные клеточные функции.

Сокранский и др. в 1998 г. описали образование налета из поддесневой микрофлоры как серию последовательных волн колонизации за счет увеличения пародопатогенных скоплений бактерий. Микрофлора смещается с грамположительных на грамотрицательные микробы и палочки. Наиболее патогенным микробным кластером является красный комплекс, состоящий из видов *P. gingivalis*, *T. Forsythia* и *T. denticola*. Взаимодействие микробно-воспалительной реакции играет важную роль в

возникновении заболевания. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), запущенная форма заболевания с глубокими пародонтальными карманами (≥ 6 мм) поражает примерно от 10 до 15% взрослого населения во всем мире 3.

Основная цель пародонтологической терапии - остановить воспалительный процесс заболевания. Пародонтологическая терапия направлена на профилактику заболевания, замедление или остановку прогрессирования заболевания, восстановление утраченного пародонта и поддержание достигнутых терапевтических целей. Были проведены безоперационные и хирургические методы лечения, чтобы уменьшить количество микроорганизмов.

При выборе метода лечения также следует уделять особое внимание дискомфорту и опасениям пациента, подверженности пародонтозу, обнажению корней, системному здоровью, чувствительности корней, возрасту, рециди-

вирующему кариесу и эстетическим соображениям.

Нехирургическая пародонтальная терапия состоит из мотивации пациента и инструкций по гигиене полости рта, а также механического удаления наддесневого и поддесневого налета и отложений зубного камня, коррекции факторов, удерживающих зубной налет (например, выступов) и модификации факторов риска (например, отказ от курения). Для описания этого процесса использовалось множество терминов, таких как нехирургическая пародонтальная терапия, начальная пародонтальная терапия, гигиеническая фазовая терапия, механическая терапия и терапия пародонта, связанная с причинами. Многие дополнительные методы лечения были клинически использованы и исследованы на предмет их эффективности.

Нехирургическая терапия для борьбы с пародонтитом обычно состоит из поддесневой обработки в сочетании с инструкциями по гигиене полости рта. Обработка поддесневой поверхности при отсутствии надлежащих мер Введение. Пародонтит возникает из-за микробного налета, который накапливается на поверхности зуба у края десны и вызывает воспалительную реакцию. Воспалительная реакция у пациентов с хроническим пародонтитом приводит к разрушению тканей пародонта. При постоянной бактериальной нагрузке ткани пародонта постоянно подвергаются воздействию определенных бактериальных компонентов, которые способны изменять многие локальные клеточные функции.

Сокранский и др. в 1998 г. описали образование налета из поддесневой микрофлоры как серию последовательных волн колонизации за счет увеличения пародопатогенных скоплений бактерий. Микрофлора смещается с грамположительных на грамотрицательные микробы и палочки. Наиболее патогенным микробным кластером является красный комплекс, состоящий из видов *P. gingivalis*, *T. Forsythia* и *T. denticola*. Взаимодействие микробно-воспалительной реакции играет важную роль в возникновении заболевания. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ),

запущенная форма заболевания с глубокими пародонтальными карманами (≥ 6 мм) поражает примерно от 10 до 15% взрослого населения во всем мире 3.

Основная цель пародонтологической терапии - остановить воспалительный процесс заболевания. Пародонтологическая терапия направлена на профилактику заболевания, замедление или остановку прогрессирования заболевания, восстановление утраченного пародонта и поддержание достигнутых терапевтических целей. Были проведены безопасные и хирургические методы лечения, чтобы уменьшить количество микроорганизмов.

При выборе метода лечения также следует уделять особое внимание дискомфорту и опасениям пациента, подверженности пародонтозу, обнажению корней, системному здоровью, чувствительности корней, возрасту, рецидивирующему кариесу и эстетическим соображениям.

Нехирургическая пародонтальная терапия состоит из мотивации пациента и инструкций по гигиене полости рта, а также механического удаления наддесневого и поддесневого налета и отложений зубного камня, коррекции факторов, удерживающих зубной налет (например, выступов) и модификации факторов риска (например, отказ от курения). Для описания этого процесса использовалось множество терминов, таких как нехирургическая пародонтальная терапия, начальная пародонтальная терапия, гигиеническая фазовая терапия, механическая терапия и терапия пародонта, связанная с причинами. Многие дополнительные методы лечения были клинически использованы и исследованы на предмет их эффективности.

Нехирургическая терапия для борьбы с пародонтитом обычно состоит из поддесневой обработки в сочетании с инструкциями по гигиене полости рта. Обработка поддесневой поверхности при отсутствии надлежащих мер гигиены полости рта приводит к ограниченному заживлению. Хирургия определяется как акт и искусство лечения болезней или травм с помощью ручного вмешательства. Если

использовать это широкое определение, почти все лечение пародонта, от выскабливания твердых или мягких тканей до костных хирургических вмешательств, попадает под заголовок «пародонтальная хирургия». Обычно термин «пародонтальная хирургия» применяется только к конкретным хирургическим манипуляциям с мягкими тканями и костью пародонта, а не к сопутствующей хирургической обработке раны и выравниванию корня.

Основная цель пародонтальной хирургии заключалась в том, чтобы получить доступ к поверхности корня для адекватной обработки раны и установить контуры десны, оптимальные для пациентов, самостоятельно выполняющих контроль зубного налета.

В 1970-х и 1980-х годах в ходе некоторых важных клинических испытаний было отмечено, что нехирургическая пародонтальная терапия эффективна в устранении воспаления в глубоких карманах и в улучшении уровня клинического прикрепления. Однако, несмотря на все усилия по тщательному использованию нехирургических инструментов, остаточный налет и камень все еще могут быть обнаружены. Было признано, что в ситуациях, когда признаки воспаления сохраняются, может быть показано хирургическое лечение. Было использовано множество различных методов лечения, включая поддесневой кюретаж, гингивэктомию, модифицированный лоскут Видмана и процедуры с использованием лоскута полной или разделенной толщины с реконтурингом костной ткани или без нее. Выбор лучшего хирургического подхода остается спорным.

Нехирургические и хирургические методы лечения пародонта в течение нескольких десятилетий были и остаются основой концепций лечения пародонта. Однако необходимо знать, что то, как мы лечим пациентов сейчас, действительно отличается от того, как мы лечили их 30 лет назад. Теперь мы лучше понимаем этиологические факторы, связанные с пародонтитом, механизмы, участвующие в заживлении ран пародонта, и взаимосвязь между факторами пациента (такими как курение и диабет) и результатами лечения. Таким

образом, в данной библиотечной диссертации была сделана попытка сравнить хирургическую и нехирургическую пародонтологическую терапию.

Целью пародонтологической терапии является сохранение естественного зубного ряда. Для поддержания и улучшения здоровья пародонта, комфорта, эстетики и функциональности; и для замены функциональных отсутствующих зубов, если таковые имеются (зубными имплантатами). В пародонтологии было разработано несколько методов лечения для достижения этих целей, которые в широком смысле можно разделить на хирургические и нехирургические методы лечения. Безоперационная пародонтальная терапия включает борьбу с зубным налетом, удаление зубного налета над и под десной, выравнивание корня и дополнительное использование химиотерапевтических средств. Хирургическая терапия включает резективные и регенеративные процедуры. Измерения, часто записываемые для оценки успеха любой терапии и для сравнения различных терапевтических процедур, включают повышение уровня прикрепления, уменьшение глубины кармана, уменьшение степени воспаления десен, эффективность и клиническую применимость.

Уровень прикрепленности Ноулз и др. (1980) оценили три метода пародонтальной терапии, такие как поддесневой кюретаж, модифицированная операция лоскута Видмана и удаление карманов, и отметили, что ни одно из этих методов лечения не было стабильно лучше любого из двух других в отношении стойкого восстановления глубины кармана и увеличения клинического прикрепления.

Сравнивая эффективность удаления зубного камня и выравнивания поверхности корня зуба с эффективностью модифицированной хирургии лоскута Видмана на многокорневых зубах, Philstrom и др. (1981) заметили, что обе процедуры были эффективны при лечении пародонтита средней и поздней степени, и что дополнительная процедура лоскута, как правило, приводила к большему увеличению прикрепления в более глубоких карманах. Позже, после длительного наблюдения за участника-

ми в вышеупомянутом исследовании, они также сообщили об устойчивом усилении прикрепления, когда карманы глубиной более 7 мм лечились этими методами.

Напротив, Хилл и др. (1981) в аналогичном двухлетнем контрольном исследовании обнаружил, что процедура лоскута не дает никаких преимуществ перед чисткой и выравниванием поверхности корня зуба, независимо от глубины кармана.

Однако Линде и др. (1982) заметили, что при небольшой глубине кармана безоперационная терапия привела к увеличению прикрепления через 6 и 12 месяцев, которое упало до исходных значений при измерении через 24 месяца; тогда как хирургическая терапия привела к небольшой потере прикрепления. Основываясь на своих наблюдениях, Линде и др. (1982) определили критическую глубину зондирования для удаления зубного камня и выравнивания корня ($2,9 \pm 0,4$ мм) и модифицированной хирургии лоскута Видмана ($4,2 \pm 0,2$ мм), предполагая, что у пациентов с большим количеством мелких глубин зондирования предпочтительнее нехирургический подход. В то время как у пациентов с большим количеством карманов $> 4,2$ мм хирургическое лечение может привести к большему усилению прикрепления. Кроме того, они подчеркнули, что уровень гигиены полости рта, установленный во время заживления и поддержания, более важен, чем используемый метод лечения.

Аналогичным образом Рэмфёрд и др. (1982) в 8-летнем долгосрочном исследовании, которое включало лечение окклюзионной коррекцией с последующей хирургической терапией и регулярной профилактикой, обнаружили, что каждые 3 месяца на протяжении всего исследования, плохая гигиена полости рта приводила к большей потере прикрепления, чем хорошая гигиена полости рта.

Беккер и др. (1988) сравнили удаление зубного камня и выравнивание поверхности корня зуба, модифицированный лоскут Видмана или костную хирургию и пришел к выводу, что все методы привели к аналогичному результату в отношении клинических уровней прикрепления и рецессии десны. Они также

отметили, что ни один из хирургических методов лечения не имел лучшего эффекта, чем только удаление зубного камня и выравнивание поверхности корня зуба при поддержании пародонтальной поддержки на любой глубине кармана, указывая на то, что тщательная обработка поверхности корня, обнаженной в пародонтальных карманах, более важна, чем различные манипуляции с окружающими тканями.

Бонито и др. (2004) сравнили удаление зубного камня и выравнивание поверхности корня зуба, сопровождаемое местным дополнительным терапевтическим агентом с течением времени, по сравнению с одним ВПК и наблюдали уменьшение глубины зондирования и повышение уровня клинического прикрепления в комбинированной процедуре из-за фармакологических преимуществ.

Христулидис и др. (2008) оценивают клинические и микробиологические эффекты дополнительного использования фотодинамической терапии к нехирургическому лечению пародонта, и это не привело к уменьшения карманов и увеличения прикрепления, но привело к значительно более высокому снижению индекса кровоточивости. Это происходит из-за света гелиевого / неоновых (He / Ne) лазера или лазера на основе галлия-алюминия в сочетании с соответствующими фотосенсибилизаторами, что привело к значительному снижению жизнеспособности аэробных и анаэробных бактерий.

Глубина кармана Бадерштен и др. (1984) наблюдали значительное уменьшение глубины кармана после нехирургической пародонтальной терапии с использованием корневых инструментов ручными или ультразвуковыми инструментами под местной анестезией. Тем не менее, они также сообщили, что уменьшение глубины для более глубоких карманов (> 7 мм) первоначально было больше при использовании лоскута, чем при удалении зубного камня и выравнивании поверхности корня зуба, до 2 лет после завершения лечения.

Раббани и др. (1981) также рекомендовал удаление карманов для карманов глубиной > 6 мм хирургическим методом и зафиксировал

уменьшение глубины кармана. Аналогичным образом Беккер и др. 1988 г., сообщил о более значительном уменьшении глубины кармана с помощью операций на костной ткани и модифицированного лоскута Видмана, чем при чистке зубов и чистке корня. Эти результаты соответствуют исследованиям Керри и др. (1990) которые сообщили о значительно более значительном уменьшении глубины кармана с помощью костных операций и хирургических вмешательств с использованием модифицированного лоскута Видмана, чем только удаление зубного камня и чистка корня в карманах глубиной 6-7 мм. Однако, напротив, Хилл и др. 1981 г., сообщил об отсутствии существенной разницы в уменьшении глубины кармана в глубоких карманах после удаления зубного камня и только после чистки корня и модифицированной процедуры лоскута Видмана через 1 или 2 года после терапии.

Среднее уменьшение глубины кармана и изменения в потере прикрепления после нехирургического лечения периодонтита средней и тяжелой степени было отмечено Копулоси др. (1993) и Дриской др. (1995) что также было подтверждено Хаффаджеи др. (1997) Прешоу и др. (1999) и Стелзельи др. (2000) Тункельи др. (2002) отметили потерю клинического прикрепления и увеличение глубины кармана при нехирургической пародонтальной терапии.

Воспаление десен Филстром и др. (1981) и Линдеи др. (1982) не сообщали о значительных различиях между лечебными процедурами в отношении уменьшения воспаления десен, и что как удаление зубного камня, так и выравнивание корня по отдельности или в сочетании с модифицированным лоскутом Видмана приводят к значительному снижению показателей гингивита, измеряемых индексом. Далее Ловдал и др. (1961) подчеркнули, что сочетание регулярной стоматологической профилактики и хорошей гигиены полости рта имеет решающее значение для уменьшения гингивита, а не терапевтическая процедура.

Эффективность безоперационной терапии глубоких карманов

Верхауг 1978 г. оценил реакцию на удале-

ние поддесневого налета после поддесневого инструментария и рекомендовал удаление карманов для карманов глубиной >3 мм. Каффессе и др. 1986 г. оценили эффективность удаления зубного камня и выравнивания поверхности корня с хирургическим доступом и без него. Они пришли к выводу, что хирургический доступ улучшает удаление камня в более глубоких карманах. Кровотечение, закрывающее операционное поле, и тот факт, что передняя часть зубного налета и зуб имеют одинаковый цвет, были отнесены как причины неудачи полного удаления камня.

Флейшер и др. (1989) сообщили, что многокорневые зубы с хирургическим доступом имели значительно большую поверхность корней без зубного камня. Таким образом, доступ к глубоким карманам для тщательного удаления зубного камня и строгания корня является одним из наиболее важных соображений.

Эффективность в области фуркации

Ван и др. 1994 г. сообщили, что коренные зубы с вовлечением фуркации с большей вероятностью потеряют клиническую потерю прикрепления, чем коренные зубы без вовлечения фуркации, независимо от удаления зубного камня и выравнивания поверхности корня. Уилами др. 1993 г. сообщили, что отсутствие надлежащего доступа к инструментам из-за анатомии фуркации и, следовательно, постоянство патогенной микробной флоры, вероятно, может быть причинами скомпрометированных результатов при развилке. Таким образом, резекционные и / или регенеративные хирургические методы лечения в основном использовались для лечения областей развилки,

Уровень квалификации терапевта: Бадерштен и др. 1985 г. наблюдали значительно меньшую разницу в клинических результатах в зависимости от уровня опыта. Однако Брайер и др. и Флейшери др. (1989) сообщили, что опытные врачи более искусны в удалении зубного камня в развилках и более глубоких карманах, чем менее опытные врачи. Время, необходимое только для удаления зубного камня и выравнивания поверхности корня, заняло 5-8 часов в течение курса из 3-8 посещений,

отмеченных Хилли др. 1981 г., Филстром и др. (1981) и Линде и др. (1982).

Хотя Хилл и др. В 1981 г. отметили, что для какой-либо процедуры не было никакого преимущества в отношении времени; Линде и др. В 1982 г. сообщалось, что только на удаление зубного камня и выравнивание поверхности корня зуба уходит в два раза больше времени, чем на комбинацию этой терапии с процедурой лоскута. Очевидно, что было хорошо задокументировано, что удаление зубного камня и выравнивание поверхности корня при использовании только в качестве лечебной процедуры не дает никаких преимуществ с точки зрения времени или навыков, необходимых для лечения.

Выводы: Нехирургическое лечение пародонта остается золотым стандартом лечения пациентов с заболеванием тканей пародонта. Это может привести к уменьшению воспаления, уменьшению глубины кармана и увеличению клинического прикрепления. Не существует определенной величины начальной глубины кармана для зондирования, когда нехирургическая пародонтальная терапия уже не эффективна.

Следует подчеркнуть, что инструментальный инструмент для корня показан только для участков с глубиной зондирования 4 мм и выше, поскольку инструментальный инструмент для неглубоких участков потенциально может привести к потере прикрепления. Тем не менее, для нехирургического лечения пародонта нельзя рутинно использовать никакой другой терапевтический метод, кроме удаления зубного камня и обработки корня, или же выравнивание поверхности корня.

Нехирургическое вмешательство не заменяет хирургическое вмешательство, поскольку хирургическое вмешательство имеет определенные показания в конкретных клинических условиях, таких как зубы с фуркацией, корни с гребнями, бороздками, впадинами и т.д. Где тщательная ВПК с помощью закрытого доступа затруднена. Предполагается, что сначала будут пропагандироваться все меры нехирургической терапии, результаты оцениваться после адекватного интервала переоценки, а затем

планироваться хирургический вариант в случае неудовлетворительного консервативного лечения. Таким образом, врач при обсуждении метода лечения должен следовать комплексному подходу с учетом всех вышеупомянутых критериев и тем самым предоставлять каждому отдельному пациенту наилучший вариант.

Исходя из этого, первостепенное значение при лечении пародонтита имеет качественная санация корней и внедрение подхода модификации факторов риска (привычки гигиены полости рта, мотивация и образование пациента, отказ от курения, контроль диабета, изменение здорового образа жизни).

Литература

1. Плессас А. Нехирургическое лечение пародонта: обзор доказательств. *OralHealthDentManag.* 2014 Март; 13 (1): 71-80
2. Петерсен П.Е., Огава Х. Усиление профилактики заболеваний пародонта: подход ВОЗ. *J Periodontol.* 2005 Декабрь; 76 (12): 2187-93.
3. Магнуссон И., Лоу С.Б., МакАртур В.П., Маркс Р.Г., Уокер С.Б., Маруниак Дж., Тейлор М., Пэджетт П., Юнг Дж., Кларк В.Б. Лечение пациентов с рефрактерным заболеванием пародонта. *J Clin Periodontol* 1994;Октябрь; 21 (9): 628-37
4. Ван Х.Л., Гринвелл Х. Хирургическая пародонтальная терапия. *Periodontol2000.* 2001; 25: 89-99.
5. Heitz-MayfieldLJ, LangNP. Хирургические и нехирургическипародонтальная терапия. Выученные и невыученные концепции. *Periodontol2000.* 2013 Июнь; 62 (1): 218-31.
6. Ноулз Дж., Бергетт Ф., Моррисон Э., Ниссл Р., Рамфьорд С. Сравнение результатов после трех методов пародонтальной терапии, связанных с типом зуба и исходной глубиной кармана *J Clin Periodontol.* 1980 Февраль; 7 (1): 32-47
7. Филстром БЛ, Ортиз-Камрос С, Рандомизированное четырехлетнее исследование пародонтальной терапии. *J Parodontol.* 1981 Май; 52 (5): 227-42.
8. Hill RW, Ramfjord SP, Morrison EC, Appleberry EA, Caffesse RG, Kerry GJ, Nissle

RR. Сравнение четырех типов пародонтологического лечения за два года. *J. Periodontol.* 1981 Ноябрь; 52 (11): 655-62.

9. Lindhe J, Westfelt E, Nyman S, Socransky SS, Heijl L, Bratthall G. Исцеление после хирургического / безоперационного лечения заболеваний пародонта. Клиническое исследование. *J Clin Periodontol.* 1982 Март; 9 (2): 115-28.

10. Lindhe J, Nyman S, Westfelt E, et al. «Критические глубины зондирования» в пародонтологической терапии. Компендиум *Contin Educ Dent* 1982B; 3: 421-430

11. Ramfjord SP, Morrison EC, Burgett FG, Nissle RR, Shick RA, Zann GJ, Knowles JW Гигиена полости рта и поддержание пародонтальной поддержки. *J Periodontol* 1982; Январь 53 (1): 26-30.

12. Becker BE, Ochsenbein C, Kerry G, Caffesse R, Morrison EC, Prichard J. Продольное исследование, сравнивающее масштабирование, костную хирургию и модифицированные процедуры Видмана. Результаты через год *J Parodontol* 1988 июнь; 59 (6): 351-65

Аннотация. Целью данной статьи является сравнение нехирургического и хирургического лечения пародонтита с помощью продольных исследований. Лечение периодонтита можно в целом разделить на хирургические и нехирургические подходы. Нехирургическая терапия включает борьбу с зубным налетом, наддесневое и поддесневое удаление зубного камня, выравнивание поверхности корня зуба (ВПК) и дополнительное использование химиотерапевтических агентов. Хирургическое лечение можно разделить на резективные и регенеративные процедуры. Большинство рассмотренных статей согласны с тем, что при достижении адекватного доступа для санации корня безоперационное лечение хронических заболеваний пародонта оказывается таким же эффективным, как и хирургическое лечение, для долгосрочного поддержания уровня клинического прикрепления (УКП). ВПК ограничен наличием участков развилки, глубиной глубоких карманов и анатомией корня. Заключение. Принятие решения о пародонтологиче-

ской терапии требует глубокого понимания долгосрочных результатов всех доступных методов лечения. Исследования неизменно показывают, что ВПК может обеспечить аналогичные улучшения уровней клинической прикрепленности по сравнению с хирургическим лечением. Однако при принятии решения о том, какой подход к лечению выбрать для лечения хронических заболеваний пародонта, необходимо учитывать несколько факторов.

Ключевые слова: глубина зондирования, уровень клинического прикрепления, выравнивание поверхности корня зуба

Annotation. The purpose of this article is to compare the non-surgical and surgical treatment of periodontitis using longitudinal studies. The treatment of periodontitis can generally be divided into surgical and non-surgical approaches. Non-surgical therapy includes plaque control, supragingival and subgingival tartar removal, root surface alignment (MIC), and the additional use of chemotherapeutic agents. Surgical treatment can be divided into resective and regenerative procedures. Most of the articles reviewed agree that when adequate access for root rehabilitation is achieved, non-surgical treatment of chronic periodontal diseases is as effective as surgical treatment for long-term maintenance of the level of clinical attachment (CCP). The MIC is limited by the presence of fork areas, the depth of deep pockets, and root anatomy. Conclusion. Making a decision about periodontal therapy requires a deep understanding of the long-term results of all available treatments. Studies consistently show that MIC can provide similar improvements in clinical attachment levels compared to surgical treatment. However, when deciding which treatment approach to choose for the treatment of chronic periodontal diseases, several factors must be considered.

Key words: depth of probing, level of clinical attachment, alignment of the tooth root surface

КЕКСА ЁШДА ПАРАТОНЗИЛЛЯР ХЎППОЗНИНГ УЧРАШИ



Хасанов С.А.

Республика шошилиш тез тиббий ёрдам илмий маркази

Паратонзилляр хўппоз (ПХ) – сурункали тонзиллит хуружининг ёки ангинанинг оғир йирингли асоратларидан бири бўлиб, у бодомсимон муртак атрофидаги клетчатканинг йирингли яллиғланиши билан кечади. Патоген микрофлоралар бодомсимон муртак атрофидаги бўшлиқга яллиғланган муртак тўқимасидан контакт йўли билан тарқалади. ПХ жойлашувига қараб олдинги (олдинги-юқори ва олдинги-пастки), орқа, ташқари шакллари фарқланади. Уларнинг ичида олдинги-юқори шакли энг кўп учрайди. Ўз навбатида ПХ ҳаёт учун хатарли бўлган турли тонзиллоген касалликлар – парафарингеал хўппоз, флегмоноз ларингит, бўйин флегмонаси, медиастенит, сепсис, тонзиллоген шокни юзага келишига сабаб бўлиши мумкин [2,6]. ПХ сурункали тонзиллит хуружи ёки ангинадан ташқари олдинги равокни, паратонзилляр бўшлиқнинг жароҳати ёки муртакнинг ёт жисмлари, одонтоген инфекция ҳисобига ҳам шаклланиши мумкин [3,4]. ПХ шаклланишининг ушбу йўллари гўдак болаларда, ҳамда қари ва кекса ёшдаги кишиларда ҳам учраши мумкин. Организмнинг қаршилиқ кучларининг пасайиши, тананининг совуқ қотиши ҳолати ПХ шаклланишида муҳим ўрин эгаллайди.

АҚШ бўйича чоп этилган статистик маълумотларга кўра бир йилда 45000 атрофида ПХ қайд этилади [5]. Қарилик ва кекса ёшдаги даврларда ПХ кам учрайдиган касалликлар қаторига киради. Бунга сабаб бодомсимон муртак ва унинг атрофидаги тўқималарнинг ўзига хос морфологик тузилиши, ҳамда бу ёшларда сурункали тонзиллит ёки ангинани кам кузатилиши билан тушунтириш мумкин. Қарилик ва

кекса ёшдаги даврларда бодомсимон муртакнинг атрофияга учраши, лакуналарни тирқишсимон, юзаки, кам шохланадиган кўринишда бўлиши хос. Адабиёт манбаларида қарилик ва кекса ёшдаги даврларда ПХ учрашига бағишланган маълумотлар сони камчиликни ташкил этади. Жумладан, 60-69 ёшдаги беморларда 1,8% ва 70-79 ёшдаги беморларда эса бир нечта ПХ кузатганлиги баён қилинган [1]. Қарилик ва кекса ёшдаги даврларда ПХ клиник кечишининг ўзига хос хусусиятлари мавжуд. Жумладан, касалликнинг умумий симптомлари, чайнаш мушакларининг тризми, оғизни очганда оғриқнинг кучайиши каби белгилари енгил кўринишда намоён бўлиши, баъзида кузатилмаслиги ҳам мумкин. Юқорида баён этилган маълумотлардан келиб чиққан ҳолда 76 ёшдаги беморда учраган ПХ клиник кечиши ва даволашни ўрганиш оториноларингологлар учун амалий аҳамият касб этади.

Клиник ҳолат

Бемор Б., 76 ёш, 12.08.2018 йил 19-00да “Хасанов Абдурахмон” хусусий шифохонасига томоқда оғриқ, унинг ютинганда бир оз кучайиши, кўп

Паратонзилляр хўппоз (ПХ) – сурункали тонзиллит хуружининг ёки ангинанинг оғир йирингли асоратларидан бири бўлиб, у бодомсимон муртак атрофидаги клетчатканинг йирингли яллиғланиши билан кечади. Патоген микрофлоралар бодомсимон муртак атрофидаги бўшлиқга яллиғланган муртак тўқимасидан контакт йўли билан тарқалади. ПХ жойлашувига қараб олдинги (олдинги-юқори ва олдинги-пастки), орқа, ташқари шакллари фарқланади. Уларнинг ичида олдинги-юқори

умумий ҳолсизланиш, тана ҳароратини 37,5-38°C кўтарилиб туриши, иштаҳани пасайиши шикоятлари билан мурожаат қилди.

Бемор берган маълумоти бўйича касаллик 9 кун аввал бошланган. Касалликни тананинг совуқ қотиши ва совуқ сув ичиши билан боғлайди. Бемор томоқнинг ўнг томонида жойлашган оғриқни ҳис эта бошланган. Ютинганда оғриқнинг кучайиши кузатилган. Бемор мустақил даволашни бошлаган – томоқни фурациллин эритмаси билан кун давомида 4-5 марта чайкаган, оғриқ қолдирувчи дори воситаларини ичган. Эртаси кундан тана ҳароратини $37,5^{\circ}\text{C}$ кўтарилиши, умумий ҳолсизланиш, оғриқни кучайиши кузатилган.

Касалликнинг 3-куни бемор турар жойи бўйича жойлашган шифохонада ЛОР-мутахассисига мурожаат қилган. У томондан ўткир фарингит ташхиси қўйилган ва ципрофлоксацин 500 мг суткада икки марта, кетопрофен 100 мг суткада 1 марта ичиш, томоқни хлорофиллиптнинг спиртли эритмаси билан 4-5 марта кунига чайиб туриш белгиланди (бемор амбулатор картани тақдим этмаганлиги сабабли уни ўрганиб чиқиш шароити бўлмади). Тавсия қилинган даво муолажаларини икки кун давомида тартибли ўтказилишига қарамай касалликни кечишида салбий динамика, яъни томоқнинг ўнг томонида оғриқни кучайиши, тана ҳароратини кун давомида 37,1- 37,2°C атрофида сақланиши ва кечга бориб 38,5°C даражасигача кўтарилиши, умумий ҳолсизланиш, иштаҳанинг пасайиши кузатилди. Шуни инобатга олиб қайта шифокорга мурожаат қилди ва у томонидан ўнг томонлама ўткир ёнбош фарингит ташхиси қўйди. У барча даволаш муолажаларини давом эттиришни ва қўшимча суткасига цефтриаксон 1 г 2 марта мушак ичига олиб туришни тавсия этди. Кейинги 3 кун давомида даво муолажаларини тартибли бажарилишига қарамай бемор шикоятларида ва касалликнинг кечишида ўзгариш бўлмади.

Бемор шаҳар бўйича навбатчи ЛОР-клиникага мурожаат қилди. У ерда ҳам ўнг томонлама ўткир ёнбош фарингит ташҳиси тасдиқланди ва шифокор томонидан ҳалқум ўнг ён деворидаги ҳосила пункция қилинди. Шифокорларнинг консилиуми асосида даволаш муолажаларини давом этиш ва беморга шаҳар онкология диспансерида онколог кўригидан

Бемор Б., 76 ёш, 12.08.2018 йил 19-00да “Хасанов Абдурахмон” хусусий шифохона-сига томоқда оғрик, унинг ютинганда бир оз кучайиши, кўп микдорда сўлак ажралиши,

Ўтиш тавсия қилинди. Икки марта – касалликнинг учинчи ва еттинчи кунлари бажарилган қоннинг умумий таҳлилда, беморда енгил шаклдаги хафақон касаллиги мавжуд аниқланган.

Беморда 39 ёшида сурункали тонзиллит касаллиги аниқланган. Касалликнинг бир йилда 2-3 марта хуружи кузатилган. Бир неча йил мунтазам ўтказилган консерватив даволаниш тадбирларидан сўнг касалликнинг хуружлари кузатилмаган. 14 йил олдин, бир марта совуқ сув истеъмол қилгандан кейин сурункали тонзиллитнинг хуружи кузатилган ва у консерватив даво муолажаларидан кейин бартараф қилинган.

Объектив кўрик натижалари. Бемор ҳолати фаол, ҳушида, саволларга аниқ жавоб беради. Умумий аҳволи ўрта оғирликда. Тана ҳарорати 38°C. Тери тоза, ранги оқпар. Нафас олиши равон. Пульс ритмик, бир дақиқада 77 марта уради. Артериал қон босими 130/80 мм сим. уст. Ўпкада везикуляр нафас, юрак тонлари бўғиқ эшитилади. Қорин юмшоқ, пальпацияда оғриқсиз. Пешоб ва нажас келиши ўзгаришсиз.

ЛОР-статус. Стомофарингоскопия: енгил намоён бўлган тризм ҳисобига оғиз очишда бир оз қийинчилик ва гиперсаливация кузатилди. Тил юзаси оқимтир қараш билан қопланган, қуруқ, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати, милқлар, мавжуд тишлар ўзгаришсиз. ҳалқумда асимметрия кузатилмади, тилча ўртада. Ўнг томонда олдинги равоқ кирраси қизарган, болишсимон шишган. Бодомсимон муртак юзаси тоза, кескин катталашган, бўртиб туриши ҳисобига орқа равоқни қисман беркитиб турибди. Орқа равоқлар қалинлашган, шишган, инфильтрация бўлиб турибди. Инфильтрат ҳалқум ён девори томон тарқалган. Бодомсимон муртак, орқа равоқ, ҳалқум ён деворидаги инфильтрат юзаси қизарган. Чап томонда олдинги равоқ кирраси қизарган, болишсимон шишган, орқа равоқлар ўзгаришсиз, бодомсимон муртаклар даражасида юзаси тоза, ҳавол, лакуналарнинг кириш қисми кенгайган, уларнинг баъзиларида казеоз ажралма мавжуд, шиллиқ парда пушти рангда. Оғиз ҳалқум орқа девори тоза, шиллиқ қавати пушти рангда. Пальпацияда ўнг жағ ортида лимфа тугунлари катталашган бироз оғриқ аниқланди.

Бошқа ЛОР-аъзоларида ўзгариш топилма-

ди.

Қоннинг клиник таҳлили: эритроцитлар – $4,1 \times 10^{12}$, лейкоцитлар – $9,9 \times 10^9$, гемоглобин – 102 г/л, ЭЧТ – 12 мм/с.

Беморда енгил шаклдаги хафақон касаллиги мавжуд.

Пешоб таҳлилида ўзгариш йўқ.

ЭКГ: синусли ритм, юрак қисқаришлари сони – 78 уриш/мин, юрак электр ўқи жойлашиши нормал ҳолатда.

Даволаш. 10% лидокаин эритмаси билан аппликацион маҳаллий оғриқсизлантириш остида шпатель ёрдамида ўнг бодомсимон муртак олдинги ва латерал томонга суриб кўрилди. Олдинги ва орқа равоқ оралиғидаги шишнинг энг бўртиб турган қисмига орқа паратонзилляр йўналиш бўйлаб пункция қилинди ва 2 мл қуюқ йиринг пунктат аспирация қилиб олинди. Олинган суюқлик бактериал ҳолатини текшириш учун юборилди. Игна санчилган жойда скалпел ёрдамида шиллиқ парда кесилди ва жароҳат ўтмас усул билан “москит” кенгайтиргич ёрдамида кенгайтирилди. Бунда 3 мл қуюқ, бадбўй хидли йиринг ажралиб чиқди.

Клиник ташхис. Ўнг томонлама паратонзилляр хўппоз (орқа жойлашган шакли). Сурункали тонзиллит хуружи.

Бемор хўппоз очилгандан кейин кескин енгиллик ҳис этганини билдирди ва стационар даволанишдан бош тортди. Эртанги кундан тана ҳарорати доимий меъёр даражасида, умумий аҳволини қониқарли бўлиши, оғизни бемалол очилиши, иштаҳасини тикланиши ва шу билан бирга ютинганда ҳалқум ўнг томонида енгил оғриқ борлиги кузатилди. Амбулатор шароитда кейинги 3 кун давомида хўппоз бўшлиғи илиқ фурасол эритмаси билан бодомсимон муртакларни ювиш учун қўлланиладиган канюля ёрдамида 1-2 маротаба ювиб турилди, цефтриаксон тизимли юбориш давом эттирилди. 4-кундан фарингоскопиядаги кўринишни меъёр ҳолатига қайтиши, хўппоз бўшлиғидан келадиган ажралмани йўқлиги, ювинди фурасол эритмаси тозаллиги сабабли даволаш муолажалари якунланди.

Уч ҳафтадан кейинги назорат кўригида беморга қуйидаги ташхис қўйилди: сурункали тонзиллит, токсико-аллергик иккинчи даража (касаллик тарихида паратонзилляр хўппоз) ташхиси қўйилди. Беморга жарроҳлик усули

билан даволаниш тавсия этилди.

Хулоса

Кўриб чиқилган клиник ҳолатнинг диққатга лойиқ томонлари қуйидагилар:

- кекса ёшда сурункали тонзиллитнинг кам учраши;
- бу ёшда деярли йирингли асоратларни кузатилмаслиги;
- беморда паратонзилляр ҳўппознинг кам учрайдиган, яъни орқада жойлашган шаклини юзага келиши.
- даволашда ижобий натижага анъанавий жаррохликнинг қўлланилгандан кейин эришилиши.

Бу ҳолатлар касалликни кеч аниқланишининг асосий сабаби бўлган. Шунинг учун бундай ҳолатда касаллик тарихини синчковлик билан ўрганиш, фарингоскопияда касал ва соғлом томонларнинг ҳолатини адекват баҳолаш катта аҳамият касб этади.

Адабиётлар

1. Бобров В.М. Экстренная помощь при паратонзиллитах // Журнал ушных, носовых и горловых заболеваний. – 2010. – №2. – С. 49-56.
2. Еременко В.И. Об осложнении при паратонзиллярном абсцессе // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1983. – №4. – С. 65-66.
3. Назарова Г.Ф. Острый паратонзиллит и парафарингит, их хирургическое лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1965.
4. Collin J., Beasley N. Tonsillitis to mediastinitis // J. Laryngol. Otol. – 2006. – Vol. 120, №11. – P. 963-966.
5. The European committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Breakpoint tables for interpretation of MICs and zone diameters. – 2015. – Version 5.0.
6. Vieira F., Allen S.M., Stocks R.M., Thompson J.W. Deep neck infection // Otolaryngol. Clin. North Amer. – 2008. – Vol. 41, №3. – P. 459-483.

РЕЗЮМЕ. Описан клинический случай паратонзиллярного абсцесса, наблюдаемого у пожилого пациента. Возраст больного, возникновение абсцесса в той форме, в которой заднее расположение абсцесса, явились основной причиной поздней диагностики заболевания. В результате комплексной терапии, то есть сочетанного применения традицион-

ного метода оперативного вмешательства и методов консервативного лечения, удалось добиться выздоровления пациента.

Ключевые слова: пожилой возраст, паратонзиллярный абсцесс.

РЕЗЮМЕСИ. Keksa bemorda kuzatilgan paratonsillar хо'ppozining klinik holati tasvirlangan. Bemorning yoshi, хо'ppozning orqa joylashuvi kasallikning kech tashxis qo'yilishiga sabab bo'lgan shaklda хо'ppoz paydo bo'lishi. Murakkab terapiya natijasida, ya'ni an'anaviy jarrohlik aralashuvi usuli va konservativ davo usullaridan birgalikda foydalanish natijasida bemor sog'ayib ketdi.

Kalit so'zlar: keksa yosh, paratonsillar хо'ppozi.

SUMMARY. The article describes the clinical case of paratonsillary abscess observed in an elderly patient. The age of the patient, the occurrence of the abscess in the form in which the back is located, was the main reason for the late diagnosis of the disease. As a result of complex therapy, that is, the combined use of the traditional method of surgical intervention and methods of conservative treatment, patient recovery was achieved.

Key words: old age, paratonsillar abscess.

ТУҒМА ТАНГЛАЙ КЕМТИКЛИ БОЛАЛАРДА БУРУН ВА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИНИНГ ХОЛАТИ



Махкамова Н.Э., Якубджанов Д.Д., Халмирзаев А.Д.

Тошкент давлат стоматология институти

Юзнинг туғма нуқсонлари бўлган болалар туғилишининг ўсиш тенденцияси йил сайин кўпайиб бормоқда. Туғма танглай кемтиги уларнинг ичида биринчи ўринлардан бирини эгаллайди. ЖССТ маълумотларига кўра дунёда туғма танглай кемтиги бўлган болаларнинг туғилиш частотаси 1000 янги туғилган чақалоққа 0,6-1,6 ҳолатни ташкил қилади. Ушбу аномал ривожланиш анатомик ва функционал бузилишлар билан бирга кузатилади ҳамда уларнинг оғирлиги кемтикнинг даражасига ва боланинг ёшига боғлиқ.

ТТКи аралаш нафас олишнинг ривожланишидаги асосий омил, шунингдек овқатланиш пайтида бурун бўшлиғига озик-овқат ташланишининг сабаби ҳисобланади [4,5]. Ушбу туғма нуқсон юқори нафас йўллариининг иккиламчи инфекциясини кўшиш учун қулай шароит яратди. ЛОР-аъзолари патологияси ТТК бўлган болаларда юз-жасоҳасидан кейин иккинчи ўринда туради [1-3].

ТТК бўлган болаларда ўткир синусит, ринит, тонзиллит ва бошқа ЛОР-аъзолари касалликларини диагностикаси ҳолатларини соғлом болаларга нисбатан таққослаган санокли ишлар мавжуд [1,2].

Бир нечта хорижий нашрлар асосан ТТК бўлган болаларда параназал синусларнинг ҳолатига бағишланган. Ушбу тадқиқотларда муаллифлар соғлом ва кемтик томонидаги синуслар ҳажмини ҳамда уларнинг пневматизацияси вақтини соғлом болалардаги ўхшаш синуслар билан таққослаганлар. ТТК бўлган болаларда юқори жағ бўшлиқларининг ривожланиши соғлом болалар синуслари ривожланишидан орқада қолмаслиги аниқланган.

Болаларнинг ушбу контингентда параназал синусларнинг яллиғланиш патологиясининг тарқалиши, сабаблари ва келтириб чиқарувчи омиллари тўғрисида маълумотлар этарли эмас; касалликнинг бошланишини олдини олиш ёки уни дастлабки босқичда аниқлаш учун даволаш алгоритмлари ишлаб чиқилмаган, бу эса даволаниш муддатини қисқартирар ва унинг самарадорлигини оширар эди.

Тадқиқотнинг мақсади

ТТК бўлган болаларда параназал синуслар ва бурун бўшлиғи ҳолатини баҳолаш.

Беморлар ва усуллар: ТТК билан 31та болаларни (асосий гуруҳ: 19 ўғил ва 12 қиз) ва юз-жағ соҳасининг туғма аномалияларисиз 31та болаларни (назорат гуруҳи: 18 ўғил ва 13 қиз) текширдик. Икки гуруҳда ҳам болалар ёши 9 ёшдан 18 ёшгача бўлган.

ТТКли болалар гуруҳига қуйидагилар кирди: туғма чегараланган танглай кемтикли 18 бола, туғма юқори лаб ва танглайнинг тўлиқ кемтикли 9 бола (чап томонлама) ва 4 бола (ўнг томонлама).

Барча болалар ҳаётининг биринчи йилидаёқ туғма нуқсони пластикаси операция қилинган; текширув вақтида танглай ва юқори лабнинг тўлиқ кемтикли беморлардан бири реконструкция операциясининг охириги босқичини ўтиш режалаштирилатётган эди.

Болаларни текширишда анамнез ва беморларнинг шикоятларини йиғиш, ЛОР-аъзоларини мунтазам текшириш (олдинги риноскопия, мезофарингоскопия, отоскопия), бурун бўшлиғи ва бурун-халқумнинг эндоскопияси ва параназал синусларнинг (керак бўлган ҳолатларда) компьютер томографияси киритилган. Анамнез ва шикоятларни йиғишда кўп эътиборни анамнезида синуситларнинг (ҳар хил локализация) йўқлиги ёки мавжудлигига, тез-тез ва узоқ давом этган ринитга, даврий ёки доимий бурундан нафас олиш қийинлишуви, параназал синусларнинг проекцияси соҳасидаги ноқулайлик ёки оғриққа ҳамда бош оғриғига қаратилди.

Натижалар ва муҳокама

Текширув натижасида ТТКли 31 болада (чегараланган ТТК билан – 18 та бола, юқори лаб ва танглайнинг чап томонлама тўлиқ туғма кемтиги билан 9 та ва ўнг томонлама – 4 та) бурун тўсиғининг тўртбурчаксимон тоғай соҳасида қийшиқлиги аниқланди. Улардан 22 нафарида (7 – юқори лаб ва танглайнинг чап томонлама тўлиқ туғма кемтиги билан, 15 – чегараланган ТТК билан) бурун тўсиғининг қийшиқлиги чапга, 7 болада – ўнгга (4 – юқори лаб ва танглайнинг ўнг томонлама тўлиқ туғма кемтиги билан, 3 – чегараланган ТТК билан).

Чегараланган ТТКли 2 болада бурун тўсиғи-

нинг кескин деформацияси қайд этилди, ҳамда бурун тўсиғининг деформацияланган қисми гиперпластик пастки бурун чиғаноғига ёпишган ҳолда бўлган, шу сабабли жарроҳлик муолажаси қилинган вақтда бурун тўсиғининг шиллиқ қавати ости резекцияси, икки томонлама пастки чиғаноқларнинг вазотомияси бажарилган (бурун пастки чиғаноқларининг гиперплазияси 31 боланинг барчасида аниқланган).

Чегараланган ТТКли 2 болада бурун тўсиғининг тоғай ва суяк қисми бўйлаб ўнг томонга дўнглик шаклида қийшайганлиги бурун бўшлиғининг пастки қисми бўйлаб чўзилганлиги ҳамда чап томондаги пастки бурун чиғаноғининг гиперплазияси аниқланган.

Чегараланган ТТКли 3 болада бурун тўсиғининг тоғай қисмида S шаклидаги, асосан чап томонга, қийшиқлиги, пастки бурун чиғаноғининг

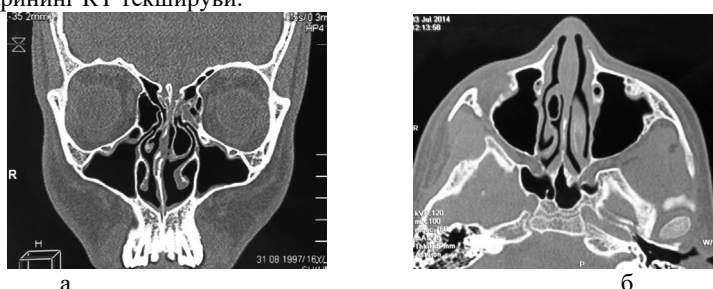
гиперплазияси билан кечди.

Бурун-халқумни эндоскопик текширув натижалари ТТКли барча болаларда I-II даражадаги аденоид вегетациялари аниқланди.

ТТКли болаларда бурун ёндош бўшлиқларида яллиғланиш жараёнлари бўлган ҳолларда компютер томографияга кўрсатма бўлган ҳоллардагина бу текширув ўтказилди. Чегараланган ТТКли 10 беморда ва юқори лаб ва танглайнинг чап томонлама тўлиқ туғма кемтиги бўлган 5 беморда бурун ўрта чиғаноғининг олдинги учи (concha bullosa) пневматизацияси кучайган (1-, 2-расм). 16 беморда (6 нафари юқори лаб ва танглайнинг чап томонлама тўлиқ туғма кемтиги, 3 нафари – юқори лаб ва танглайнинг ўнг томонлама тўлиқ туғма кемтиги, 7 нафари – чегараланган ТТКли билан) бурун ёндош бўшлиқларда патология бўлмаган.



Расм 1. Фронтал (а) ва аксиал (б) проекцияларда чегараланган ТТКли 17 ёшли беморнинг бурун ёндош бўшлиқларининг КТ текшируви.



Расм 2. Фронтал (а) ва аксиал (б) проекцияларда чегараланган ТТКли 12 ёшли беморнинг бурун ёндош бўшлиқларининг КТ текшируви.

Назорат гуруҳидаги болаларни текширув жараёнида вазомотор ринит белгилари билан кечувчи бурун тўсиғининг қийшиқлиги фақат 4 беморда кузатилган. Бурун-халқумни эндоскопиясида 5 болада II даражали аденоид вегетациялари аниқланди. 6 та беморда шишасимон шиш ва бурун шиллиқ қаватининг цианози, пастки бурун чиғаноқларининг гиперплазияси қайд этилган, болалар даврий ринорея, кўзнинг лакримациясини қайд этишган. Ушбу шикоятлар мавсумий хусусиятга эга бўлиб, аллергия ринитни аниқлашга имкон берди.

16 болада бурун риноскопияси ҳамда бурун бўшлиғи ва бурун-халқумнинг эндоскопияси вақтида патология аниқланмади.

БЕБ компютер томографиясига кўра, назорат гуруҳидаги барча 31 болада БЕБларнинг қоникарли пневматизацияси кузатилган ва БЕБ шиллиқ қа-

ватида ўзгаришлар аниқланмаган.

Хулоса қилиб шунни айтиш мумкинки, ТТКли болаларнинг 50% дан кўпроғида пастки бурун чиғаноқларининг гиперплазияси билан кечади-ган бурун тўсиғининг қийшиқлиги мавжуд. Иккала гуруҳдаги болаларнинг БЕБлари ёшига қадар пневматизация даражаси ўртасида аниқ фарқлар бўлмаган тақдирда, ТТКли болаларда бурун ўрта чиғаноқларининг олдинги қисми пневматизацияси кузатилади.

Адабиётлар

1. Махкамова Н.Э., Миразизов К.Д. Состояние гортани у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба // Вестн. оториноларингол. – 2007. – №5. – С. 23-25.
2. Супиев Т.К., Мамедов Ад.А., Негаметзянов Н.Г. Врожденная расщелина верхней губы и

неба (Этиология, патогенез, вопросы медико-социальной реабилитации). – Алматы, 2013. – 74 с.

3. Kuijpers M.A., Pazera A., Admiraal R.J. et al. Incidental findings on cone beam computed tomography scans in cleft lip and palate patients // Clin. Oral. Invest. – 2014. – Vol. 18, №4. – P. 1237-1244.

4. Miyamoto J., Nakajima T. (Anthropometric evaluation of complete unilateral cleft lip nose with cone beamCT in early childhood // J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg. – 2020. – Vol. 63. – P. 9-14.

5. Ren S., Ma L., Zhou X., Sun Z. Bony defect of palate and vomer in submucous cleft palate patients // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2015. – Vol. 44, №1. – P. 63-66.

РЕЗЮМЕСИ. Мазкур ишда 31 та туғма танглай кемтигли (ТТК) болаларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг ҳолати баҳоланди. Биз ҳаётининг биринчи йилидаёқ туғма нуқсонли бўйича жарроҳлик амалиётидан ўтган 9 ёшдан 18 ёшгача бўлган 31 болани текширдик. Комплекс текширувда (мунтазам ЛОР-аъзолари текшируви, бурун бўшлиғи ва бурун-халқумни эндоскопик текшириш, компьютер томографияси) ТТКли болаларнинг 50%дан ортиғида пастки бурун чиғаноғининг гиперплазияси билан кечадиган бурун тўсиғининг қийшиқлиги аниқланди. Асосий ва назорат гуруҳдаги болаларнинг бурун ёндош бўшлиқлари ёшига қадар пневматизация даражаси ўртасида аниқ фарқлар бўлмади, аммо ТТКли болаларда бурун ўрта чиғаноқларининг олдинги қисми пневматизацияси аниқланди.

Калит сўзлар: туғма танглай кемтиги, болалар, бурун тўсиғи, бурун ёндош бўшлиқлари, компьютер томографияси.

РЕЗЮМЕ. Оценивалось состояние носовой полости и придаточных пазух носа у детей с врожденной расщелиной неба (ВРН). Обследован 31 ребенок в возрасте от 9 до 18 лет, перенесших на первом году жизни операцию по поводу врожденного порока. При комплексном обследовании (регулярный осмотр ЛОР-органов, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, компьютерная томография) более чем у 50% детей с ВРН выявлено искривление носовой перегородки, сопровождающееся гиперплазией нижней носовой раковины. Четких различий в степени пневматизации придаточных пазух носа у детей в основной и контрольной группах не выявлено, но у детей с ВРН выявлена повышенная пневматизация передней конца средней носовой раковины.

Ключевые слова: врожденный порок развития, дети, заложенность носа, носовая полость, компьютерная томография.

This study evaluated the condition of the nasal cavity and paranasal sinuses in children with congenital cleft palate. We examined 31 children aged 9 to 18 years who underwent surgery for a congenital defect in the first year of life. A comprehensive examination (regular examination of the ENT organs, endoscopic examination of the nasal cavity and nasopharynx, computed tomography) in more than 50% of children with BPH revealed a curvature of the nasal septum, accompanied by hyperplasia of the inferior turbinate. There were no clear differences in the degree of PNP pneumatization in children in the study and control groups, but increased pneumatization of the anterior end of the middle turbinate was revealed in children with BPH.

Key words: congenital malformation, children, nasal congestion, nasal cavity, computed tomography.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2020-107>

УДК: 616.22-002-091-06

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ



Палванов Б.Б., Джаббаров Н.Н., Муминов С.Х.

Ташкентская медицинская академия, Андижанский государственный медицинский институт

Диагностика, лечение и профилактика воспалительных и предопухолевых заболеваний гортани являются одной из основных проблем современной оториноларингологии [1,2,4,6]. В связи с тенденцией к росту предопухолевых и опухолевых заболеваний гортани, которые занимают 7-е место среди всех заболеваний

гортани, в том числе и злокачественных новообразований, а по Республике Узбекистан составляют 1,2% на 100 тыс. населения [3,5,7-9].

Цель исследования

Сравнительное клинико-морфологическое исследование некоторых заболеваний гортани, определение морфологических особенностей

поражения тканевых структур гортани.

Материал и методы

Проанализированы результаты комплексного обследования больных с различными патологическими поражениями гортани, находившихся на лечении в клинике оториноларингологии ТМА. Обследование включало весь комплекс методических приемов визуального и инструментального осмотра, результаты которого были подтверждены морфологическим исследованием материала, полученного при взятии биопсии или при оперативном вмешательстве.

Все биоптаты, взятые для гистологического исследования с пораженного участка гортани, фиксировали в растворе Карнуа, после чего проводили по спиртовой батарее и заливались в парафин. Срезы толщиной 4-5 микрон окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, по Браше и ШИК-реакцией по Мак-Манусу.

Результаты и обсуждение

Как показали наши наблюдения, при островоспалительных процессах гортани морфологические изменения проявлялись гиперемией слизистой оболочки в результате пареза сосудов. Определялся подслизистый выпот транссудата, инфильтрация слизистой оболочки лейкоцитами, иногда эритроцитами, микрокровоизлиянием. При геморрагических формах ларингитов выявлялось большое количество лейкоцитов и десквамированных клеток эпителия слизистой оболочки. При отечном ларингите наблюдалась лейкоцитарная и лимфоцитарная инфильтрация, пропитывание подслизистых клеточных элементов серозным транссудатом, выявлялась активность слизистых желез гортани.

Воспалительные явления при хроническом процессе в гортани у некоторых больных были сходны с таковыми при опухолях. Часто встречалась псевдоэпителиоматозная гиперплазия (ПЭГ) (рис. 1). Трудность дифференциальной диагностики ПЭГ связана с глубоким внедрением пролиферирующих эпителиальных клеток в подлежащую ткань, нередко с кератинизацией, что напоминало “раковые жемчужины” и на отдельных срезах симулировало ороговевающий плоскоклеточный рак. Кроме того, как ПЭГ, так и рак имеют в определенной степени сходный морфогенез и возникают из эпителиальных клеток на фоне хронического воспаления различной этиологии. Вместе с тем ПЭГ развивается как реакция на повреждение покровного эпителия, поэтому ее образование характерно на участках изъязвлений. Независимо от глубины “инвазии” при ПЭГ сохраняется базальная мембрана, почти нет клеточного атипизма. Особенно следует

подчеркнуть отсутствие при ПЭГ патологии митозов и дисконфлексии. Объем и глубина проникновения эпителиального пласта при ПЭГ весьма вариабельны.

Фиброз, хроническая воспалительная инфильтрация, особенно очаговый ангиоматоз, являются частыми спутниками ПЭГ, а в отдельных случаях она сочетается с кистами различного происхождения и строения (истинными или ложными), а также с экстравазатами с образованием пигментов гемоглиногенного происхождения и “заболачиванием” ткани.

Различный объем врастающих эпителиальных пластов (по протяженности, ширине, количеству и др.), на наш взгляд, обусловлен особенностями структурной организации местной ткани, в частности, потенциальными возможностями к васкуляризации, для обеспечения притока крови пролиферирующим группам эпителиальных клеток.

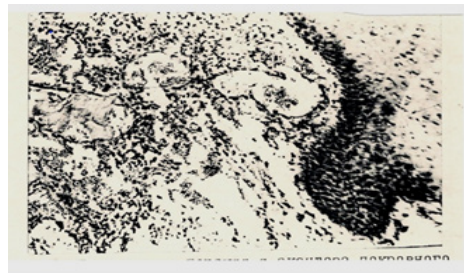


Рис. 1. ПЭГ. Начало пролиферации и акантоза покровного эпителия. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 7х20.

В гортани встречались кисты (рис. 2) различного гистогенеза и строения, среди которых преобладали мелкие полости, выстланные цилиндрическим, а чаще многослойным плоским эпителием. Следует отметить, что эпителиальный пласт стенки кисты был разной толщины и образовывался из 2-7 слоев беспорядочно расположенных эпителиальных клеток. Выраженность и характер прилежащих тканей значительно варьировали, что позволяло рассматривать их как дизонтогенетические (развивающиеся) кисты, внешне сходные с опухолями. Эпителиальные клетки характеризовались равномерным распределением РНК, а в строме имелось значительное количество клеток с пиронинофильной цитоплазмой.



Рис. 2. Киста гортани. Стенка выстлана цилиндрическим эпителием. Окраска гематоксилином

и эозином. Ув. 10x10.

Несколько реже встречались ретенционные кисты вследствие расширения полости желез из-за закупорки их просвета, о чем свидетельствует наличие высокого или цилиндрического эпителия. Диаметр ретенционных кист не превышал 4-5 мм, содержимое эпителиальных кист было прозрачным.

Иногда обнаруживались довольно крупные кисты большего диаметра со стенкой, выстланной многорядным цилиндрическим эпителием. Соединительнотканная основа их была подвержена выраженному фиброзу.

Крайне редко встречались ложные кисты без специальной эпителиальной выстилки. Такие кисты содержали слизь, элементы тканевого детрита, нередко они были множественными или многокамерными.

Полипы голосовых складок (рис. 3) характеризовались различной формой, величиной и гистологическим строением. Как правило, макроскопически полип был представлен ограниченными участками возвышения ткани над слизистой голосовых связок, высота которых иногда достигала 4-5 мм. Полипы имели гладкую поверхность, чаще мягкую консистенцию, основание было различной толщины, четко ограничено от окружающей ткани, на разрезе цвет был однородным. Хотя слизистая оболочка над полипами визуально не изменена, тем не менее, такие образования были весьма сходными с опухолями, тем более, что большинство наших наблюдений этой группы имели воспалительное и неопухолевое происхождение, но исключить полиповидные опухоли гортани было возможно только после гистологического исследования.

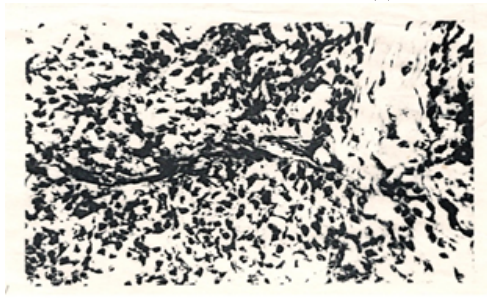


Рис. 3. Фиброзный полип гортани. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 10x10

Во всех полипах основную массу ткани составляли соединительная ткань и сосуды. Большинство фибробластов не подвергались существенным изменениям. Вместе с тем эти изменения нередко сопровождались усилением фагоцитарной активности гистоцитов, появлением тучных клеток, а также умеренным количеством клеточных элементов. Соотношение этих структурных компонентов в разных полипах существенно различалось. Чистые варианты

фиброзного полипа с небольшим числом сосудов встречались реже, чем другие виды, причем огрубение фиброзной ткани в редких случаях доходило до гиалинизации.

Напротив, слабообразованная сеть соединительнотканых волокон с выраженным миксоматозом и отеком диффузного и очагового характера встречалась значительно чаще. Наиболее частым вариантом полипов (ангиоматозный полип) была развитая сеть сосудов, разделенных тонкими фиброзными прослойками, вследствие чего возникали значительные трудности дифференцировки их от ангиом, в частности, от пиогенной гранулемы.

Особый интерес представили полипы с дисплазией покровного эпителия, которые могли появляться самостоятельно или в сочетании с другими патологическими процессами. На наш взгляд, не только дисплазия, но и кератоз, должны быть включены в группы эпителиальных аномалий слизистой гортани со способностью их трансформации в рак, хотя гисто- и морфогенез, а также их прогноз совершенно различны.

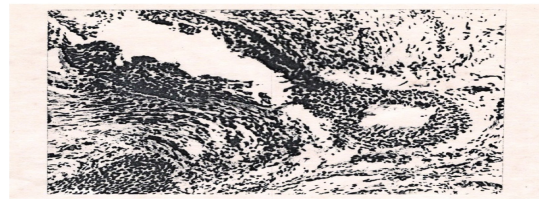


Рис. 4. Интубационная гранулема: участки грануляционной ткани и развитие соединительной ткани. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 7x20.

В единичных случаях встречали формирование интубационных неспецифических гранул, внешне схожих с инициальными этапами развития опухоли. Интубационные гранулемы (рис. 4) формировались из клеток фибробластического ряда с примесью воспалительной инфильтрации, сочетающейся с небольшим количеством гиперемизированных сосудов капиллярного типа, участками грануляционной ткани. Хронизация этих изменений сопровождалась преобладанием в инфильтрате призматических клеток, появлением нежных соединительнотканых волокон, что позволило квалифицировать их как плазмноклеточную гранулему.

Выводы

1. Многообразие воспалительных и псевдоопухолевых процессов обуславливает их гетерогенность, гистогенетическую вариабельность, различную частоту и прогностическую значимость.

2. Киста часто имеет онтогенетическое происхождение, в то время как гранулема в псевдоэпителиоматозной гиперплазии связана с повреждением или воспалением местной ткани.

3. Полипы являются результатом не только хронического воспаления, но и предопухолевым про-

цессом, причем характер изменения покровного эпителия полипов весьма variabelен по потенциальным возможностям предрака и рак (метаплазия, дисплазия, кератоз).

4. Псевдоэпителиоматозная гиперплазия, кератоз, метаплазия, особенно дисплазия, включены в псевдоопухолевые процессы и должны быть интерпретированы как факультативный предрак.

5. Несмотря на широкие возможности дифференциальной диагностики при воспалительных заболеваниях гортани, с помощью эндоскопического исследования, компьютерной томографии и других методов, решающая роль в окончательном диагнозе принадлежит биопсийным исследованиям.

Литература

1. Казанцева И.А. Некоторые морфологические особенности предраковых процессов гортани // Арх. пат. – 1966. – №11. – С. 31-36.

2. Митин Ю.В. Методы исследования гортани: Руководство по оториноларингологии; Под ред. И.Б. Солдатова. – М.: Медицина, 1994. – С. 36-382.

3. Полванов Б.Б. Некоторые особенности предраковых процессов гортани: Метод. Рекомендации. – Ташкент, 1996.

4. Чумаков Ф.И., Шустер М.А. Кисты желудочков гортани // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1985. – №3. – С. 21-24.

5. Шестерина М.В., Соловьева И.П., Максимова И.У. Биопсия в дифференциальной диагностике патологических изменений гортани // Журн. ушн. нос. и горл. бол. – 1974. – №3. – С. 46-50.

6. Andrea M., Dias O., Santos A. Contact endoscopy during microlaryngeal surgery: a new technique for endoscopic examination of the larynx. // Ann. Otol., Rhinol., Laryngol. – 1995. – Vol. 104, №5. – P. 333-339.

7. Bizzo B.B., Da Mosto M.C. et al. Laryngeal tuberculosis // Infect. Dis. – 2003.

8. Coher M.M. Fibrous dysplasia is a neoplasm // Med. Genet. – 2001.7

9. Dieler R., Dammrich J. Immunohistochemical and fine structural characterization of primary carcinoid tumors of the larynx // Europ. Arch. Oto-Rhino-Laryngol. – 1995. – Bd. 252, №4. – P. 229-235.

Цель: сравнительное клинко-морфологиче-

ские исследование некоторых заболеваний гортани, определение морфологических особенностей поражения тканевых структур гортани. Материал и методы: проанализированы результаты комплексного обследования больных с различными патологическими поражениями гортани, находившихся на лечении в клинике оториноларингологии ТМА. Результаты: клинко-морфологический анализ позволил выделить наиболее характерные патоморфологические варианты и разновидности воспалительных заболеваний гортани (полипы, неспецифические гранулемы, кисты, псевдоэпителиоматозная гиперплазия, т.е. опухолеподобные заболевания). Выводы: несмотря на широкие возможности дифференциальной диагностики при воспалительных заболеваниях гортани, с помощью эндоскопического исследования, компьютерной томографии и других методов, решающая роль в окончательном диагнозе принадлежит биопсийным исследованиям.

Ключевые слова: псевдоэпителиоматозная гиперплазия, кератоз, метаплазия, дисплазия, певческие узелки.

Purpose: Comparative clinical and morphological study of some diseases of the larynx, determination of the morphological features of damage to tissue structures of the larynx. Material and Methods: The results of a comprehensive examination of patients with various pathological lesions of the larynx who were treated at the TMA otorhinolaryngology clinic were analyzed. Results: Clinical and morphological analysis made it possible to identify the most characteristic pathomorphological variants and varieties of inflammatory diseases of the larynx (polyps, nonspecific granulomas, cysts, pseudoepitheliomatous hyperplasia, i.e. tumor-like diseases). Conclusions: Despite the broad possibilities of differential diagnosis in inflammatory diseases of the larynx, using endoscopic examination, computed tomography and other methods, biopsy studies play a decisive role in the final diagnosis.

Key words: pseudoepitheliomatous hyperplasia, keratosis, metaplasia, dysplasia, singing nodules.

ПРОЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЯ COVID-19 В СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА



Хасанов А.И., Байходжаева Э.Б., Атавуллаев М.Ж., Болтаходжаева Л.М.
*Ташкентский Государственный стоматологический институт, Бухарский
Госуларственный медицинский институт*

Актуальность

Недоступность плановой медицинской помощи в условиях пандемии привели к недостаточно полному охвату пациентов с COVID-19 и всего населения которые лечились сначала амбулаторно а потом с ухудшением состояние в стационарном условии. Следствием является малая изученность проблемы COVID-19 и и его осложнения которке затронуть легкие, мозг, околоносовкх пазух и средняя зона лица, сердце, кровеносные сосуды, печень, почки и кишечник, то есть буквально все жизненно важные органы.

Вспышка новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в мире поставила много вопросов перед медицинской наукой и практикой, в том числе перед челюстно-лицевой хирургии. Особенности клинического течения болезни с большим количеством тяжелых случаев в некоторых случаях привели к осложнению средней зоны лица у пациентов с COVID-19.

Актуальность ее определяется нарастанием числа осложнения в средней зоны лица воспалительного характера, увеличением тяжести клинического течения заболеваний, трудностями их лечения зависивающий от перенесенного формы Covid-19. Все это усложняет симптоматику и течение гойно-некротического воспалительного осложнения в средней зоны лица. В связи с этим особое внимание следует уделять изучению проявления осложнения COVID-19 в средней зоны лица.

Цель нашей работы – Определить различные виды проявления осложнения COVID-19 в средней зоны лица.

Материал исследования: Под нашим наблюдением в поликлинике хирургической стоматологии ТГСИ с сентября по ноября 2020г. находились 80 больные в возрасте от 35 года до 75 лет с раз-

личными осложнениями средней зоны лица. Все больные лечились с COVID-19 в периоде июль-август 2020 год в клиниках города Ташкента. У всех больных мы провели исследование наличие сопутствующих заболевание до заболевание COVID-19 и приобретенные после болезни с COVID-19. По результатам проведенных исследований все больные болели средней или тяжелой форме Covid-19, которая сопровождался целым набором самых разнообразных симптомов. Больные с осложнениями мы разделили на две группы: первая группа составили больные перенесший Covid-19 средний формы тяжести (n=40), вторая группа составили больные перенесший Covid-19 тяжелой формы (n=40).

Результаты исследований и их обсуждение: На основании проведенных нами исследований мы наблюдали 15 видов осложнение в средней зоны лица, ЛОР органов и и орбиты. Осложнение которые мы наблюдали приведены в таблице №1, которая у одного больного чаще сопровождался поражением лицевого нерва, околоносовых пазух, повреждением костей лицевого скелета и орбиты. Осложнения в средней зоны лица было в совокупности с осложнениями околоносовых пазухи и орбиты, поэтому мы включали все осложнения средней зоны лица. У всех больных наблюдалось совокупностью минимум 4 вида осложнения средней зоны лица.

Таблица 1

№	Осложнения COVID-19 в средней зоны лица	1- группа.	2- группа
1	Парез лицевого нерва	15	32
2	Остеомиелит верхнего челюста	25	40
3	Остеомиелит скуловой кости	5	15
4	Остеомиелит небного отростка верхнего челюста	10	28
5	Некроз слизистой оболочки неба	8	20
6	Абсцесс неба	10	16
7	абсцесс орбиты	12	18
8	Ринит	40	40
9	Гайморит	40	40
10	Этмоидит	40	40
11	Фронтит	18	32
12	Сфеноидит	14	30
13	Тромбоз кавернозных синусов	6	18
14	Ухудшения зрения	10	34
15	Потеря зрения	2	6

Как показывают практические исследования, у 37,5 % пациентов после заболевания COVID-19 средней формы поражает лицевой нерв, а во второй группе парез лицевого нерва отмечается у 80% больных. Надо отметить на 15 день заболевание COVID-19 первые признаки пареза появился начиная односторонним снижением движение мимических мышц лица. У 75 % пареза лицевого нерва мы наблюдали центральный парез. Центральный парез (рисунок-1) отличается тем, что при нём возникает слабость мышц только нижней части лица (сглаженность носогубной складки, опу-

щение угла рта и другие), а верхняя остаётся интактной (неповреждённой). У 25% больных мы наблюдали периферический парез, которая страдают мимические мышцы лица, на стороне поражения уменьшено количество складок на лбу, ограничена подвижность брови, полностью не закрывается глаз, а при закрывании глазное яблоко движется вверх (симптом Белла), сглажена носогубная складка, при надувании «парусит» щека, невозможно свистеть, жидкость выливается изо рта, наблюдался слезотечение.



Рисунок-1

Остеомиелитом верхнего челюста в первой группе наблюдалось у 62% больных, а у второй группе у 100 больных мы наблюдали остеомиелит верхнего челюста. Первые признаки были онемение носогубной складке и подглазничной области односторонний или двусторонний поражения верхнего челюста. У 34% больных наблюдали распространения процесса по альвеолярного отростка и небного отростка верхнего челюста, а 40% мы на-

блюдали поражение альвеолярного отростка и небного отростка и тело верхнего челюста (рисунок-2). У 21 % больных были поражения верхнего челюсти и скуловой кости. У 5% больных мы наблюдали распространения деструктивных изменений верхнего челюста со всеми отростками. Эти группы больные сначала лечились дома, а потом в стационаре и все на 100% получали кислород и гормональную терапию.



Рисунок-2

Некроз слизистой оболочки неба в первой группе встречался у 20% больных, а во второй группе у 50 больных мы наблюдали некроз

неба. Абсцесс неба наблюдалось у 25% больных в первой группе, а во второй группе у 40% больных появились абсцесс неба (рисунок-3).



Рисунок-3

У всех больных в первой и второй группы мы наблюдали неодинарную клиническую картину ринита, гайморита, этмоидита. Клинические признаки при этих осложнениях отличались от одонтогенного и риногенного синусита.

Слизистая оболочка носа выполняет несколько функций: увлажняет и согревает вдыхаемый воздух, очищает его от микрочастиц, вирусов и т.д. При длительном получении кислорода чаще у больных после COVID-19 мы наблюдали параллельно с развитием паре-

за лицевого нерва некротического воспаления слизистой оболочки (Ринит), выстилающей изнутри носовые каналы. Воспаление гайморовых пазуху способствуют размеры и анатомическое строение, которые расположены в верхнечелюстной кости по обе стороны

от крыла носа. Сообщаются со средним носовым ходом через соустье в узкой полулунной расщелине и являются самой крупной околоносовых пазух (рисунок-4).

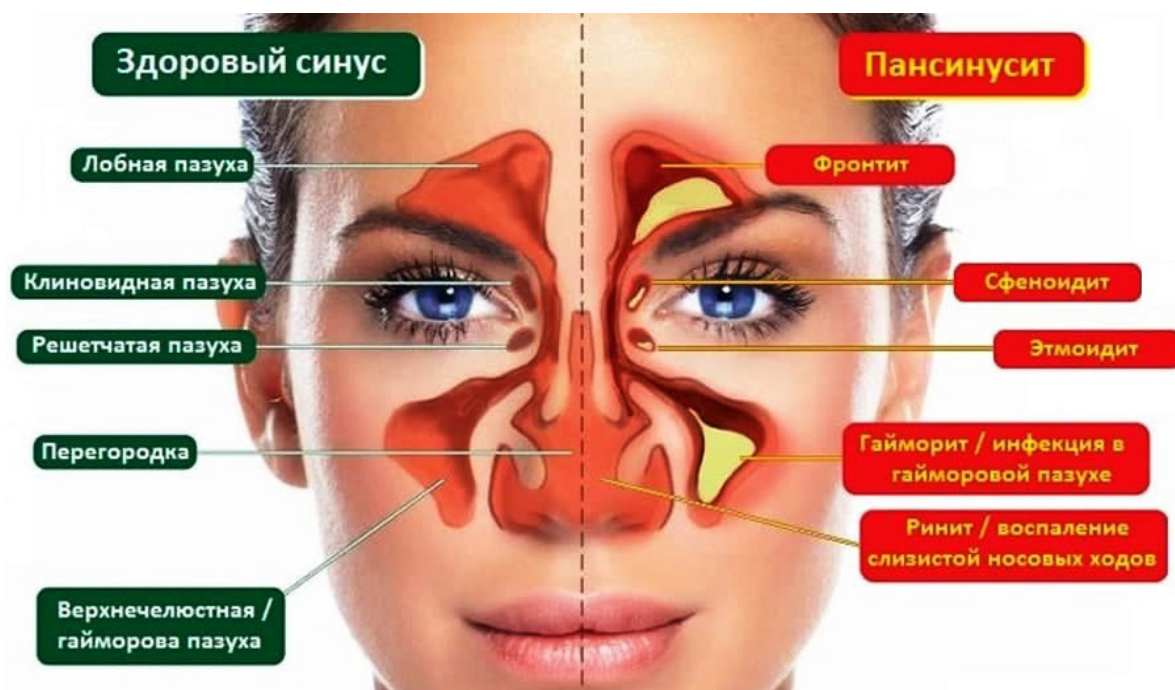


Рисунок-4

Воспаление слизистой оболочки, тонким слоем покрывающей воздухоносные пазухи решетчатой (этмоидальной) кости расположены вглубь от переносицы и отличается сложно-ячеистой структурой, за что и получила одно из синонимических наименований – часто ее называют «решетчатым лабиринтом». Во фронтальной проекции решетчатый лабиринт оказывается между внутренними уголками глаз; имеет с орбитами и полостью носа общие тонкие стенки, тыльной частью соседствует с клиновидной (сфеноидальной) костью. Как и другие синусы, решетчатый лабиринт в норме сообщается со средним носовым ходом через узкий канал, выполняя воздушно-кондиционирующие, буферные и акустические (резонаторные) функции. Известно, что воспалением чаще всего охватывается сразу несколько пазух, и воспаление решетчатого лабиринта в большинстве случаев диагностируется одновременно с воспалением

верхнечелюстных (гайморовых) синусов. В клиновидные пазухи воспалительные процессы возникают из-за того, что туда проникают респираторные инфекции через ячейки решетчатого лабиринта из других пазух носа. Чаще всего они исходят из лобной либо гайморовой. Также инфекция может перейти самой носовой полости. Фронтит мы наблюдали в первой группе 45% больных, а во второй группе у 80% больных. Сфеноидит как осложнения, которая представляет собой воспалительные процессы на слизистых прослойках клиновидной пазухи встречался в первой группе у 35% и во второй группе у 75% больных. В основном клиника воспаления околоносовых пазух сводится к головным болям, повышению температуры тела, проблемам с обонянием, ухудшению зрения, гнойным и катаральным выделениям и болью соответствующих околоносовых пазухов.

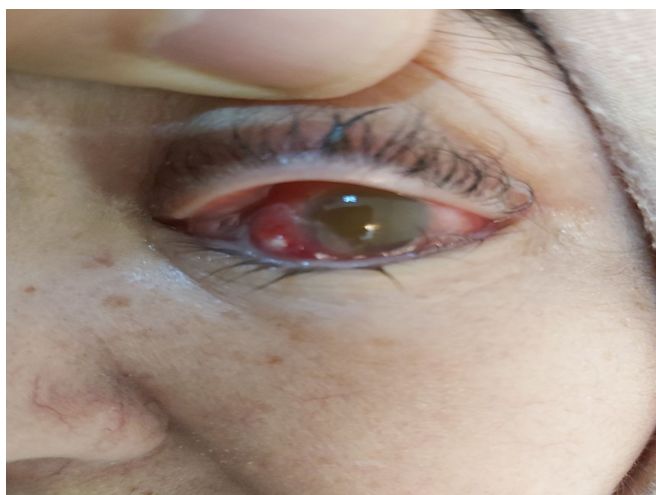


Рисунок-5

При ухудшение зрения больные жаловались на кратковременное помутнение перед глазами в самом начале заболевания. У 25% больных в первой группе и у 85% пациентов определялась гиперемия конъюнктивы, хемоз и у кого ретробульбарный абсцесс наблюдали экзофтальм. (Рисунок-5). При обследовании пациентов мы диагностировали двух видов абсцесс орбиты: ретробульбарный и субпериостальный. В первой группе у 30% больных, а во второй группе у 45% больных мы наблюдали абсцессы глазницы. У 80% больных мы наблюдали субпериостальный абсцесс орбиты. До заболевания COVID-19, пациенты не предъявляли жалоб на орган зрения.

Во всех этих случаях ведется исследование по уточнению анамнеза пациента и полученного специфического лечения COVID-19. Все больные получали кислород, гормональная терапия, антибиотикотерапия, антикоагулянтная

и антиагрегатная терапии. По нашим данным причины развития пареза лицевого нерва, остеомиелита, поражения околоносовых пазух является васкулиты, которые после перенесенного COVID-19 очень часто повреждаются мелкие кровеносные сосуды и повышается свертываемость крови, что, в свою очередь, может привести к образованию тромбов в средней зоне лица (Рисунок-6). Развития острого воспалительного заболевания средней зоны лица у больных заключается в сложном комплексе явлений местного и общего характера, в основе которых лежат реморбидные факторы и соматический статус организма. Кроме того, мы по данным анализов обнаружили в образцах крови пациентов с COVID-19 большое количество незрелых красных кровяных телец - предшественниц эритроцитов, которые обычно также созревают в костном мозге.



Рисунок-6

Эритроциты отвечают за транспортировку кислорода от легких к органам человека. В то же время большое количество незрелых эритроцитов в крови указывает на недостаток кислорода. Это хорошо известная реакция организма, возникающая при тяжелых легочных заболеваниях (COVID-19).

Нехватка кислорода в тканях приводит к развитию гипоксии и развитию васкулитов и тромбозов в периферических сосудах средней зоны лица. Все это усложняет симптоматику и течение воспалительных заболеваний средней зоны лица после перенесенного COVID-19. Данная проблема диктует необходимость выявления патологического процесса на стадии предболезни для своевременного проведения мероприятий, направленных на ее предупреждение и профилактику.

Таким образом, основные проявления осложнения после перенесенного COVID-19 мы перечислили. В связи с чем, предстоят и необходимы дополнительные углубленные исследования сосудистого русла челюстно-лицевой области, ЛОР органов, органа зрения, являющегося монитором общей системы кровообращения. Кроме того, остаются нерешенными многие аспекты обсуждаемой темы, как-то: есть ли специфические формы осложнения, насколько они зависят от вирусологической нагрузки в крови пациентов; глубоко надо изучать взаимосвязь между соматической тяжестью заболевания и клинико-лабораторными проявлениями; информативны ли исследования крови при прогнозировании осложнения, онемения в средней зоны лица является ли одним из ранних клинических проявлений осложнения после перенесенного COVID-19? Все эти вопросы требуют дальнейших исследовательских работ и разработки наиболее вероятных стратегий распространения клинического течения и профилактики заболевания.

На сегодняшний день, в клиниках Узбекистана продолжаются изыскательные научные исследования со стороны челюстно-лицевых хирургов, невропатологов, офтальмологов и ЛОР специалистами, являющиеся приоритетными, посвященные диагностике, лечению и профилактике осложнения средней зоны лица при COVID-19. В число первоочередных мер, которые необходимо предпринять для борьбы с осложнениями COVID-19, входит разработка способов их быстрой и точной идентификации при помощи конкретных критериев

профилактики, диагностики, клинического течения приведенных осложнения средней зоны лица. Для успешной борьбы с осложнениями в средней зоны лица после перенесенного COVID-19 крайне важно использовать международный опыт, реальные практики, накопленные разными странами за последние месяцы. Оперативное ознакомление с этими практиками и их внедрение помогут повысить эффективность тех мер, которые сейчас принимаются в Узбекистане.

Список использованной литературы

1. Азимов М.И. Жаррохлик стоматологияси пропедевтикаси Тиббиёт олий ўқув юртлари учун дарслик Тошкент 2009 й.С. 118-130.
2. Бабажанова Ш.А. Маърузалар туплами ТМА2012й: Кон ивиш системаси курсаткичларининг клиник диагностик ахамияти мавзусидаги маърузаси.
3. Рассохин В.В., Самарина А.В., Беляков Н.А., Трофимова Т.Н., Лукина О.В.
Лекция: Коронавирусная инфекция COVID-19. Часть 2. Эпидемиология, клиника, диагностика, оценка тяжести заболевания. Течение заболевания с учетом сопутствующей патологии, в группах риска Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8).
4. Онуфрийчук О.Н., Газизова И.Р., Малюгин Б.Э., Куроедов А.В. Коронавирусная инфекция (COVID-19): офтальмологические проблемы. Обзор литературы. DOI: <https://doi.org/10.25276/0235-4160-2020-3-70-79>.
5. Тинбо Лян - Руководство по профилактике и лечению новой коронавирусной Инфекции covid-19 Первая академическая клиника университетской школы медицины Провинции Чжэцзян. Составлено на основе клинической практики.
6. Тимофеев А.А., «Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии». Киев 2002 г. С 220-370.
7. Шаргородский А.Г. - Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей) М.: ГЭОТАР-МЕД 2002-538с.: ил. ISBN 5-9231-0200-5.
8. Akkara JD, Kuriakose A. Commentary: Gamifying teleconsultation during COVID-19 lockdown. Indian J Ophthalmol. 2020;68(6): 1013–1014. doi:10.4103/ijo. IJO_1495_20.
9. David A. Berlin, M.D., Roy M. Gulick,

M.D., M.P.H., and Fernando J. Martinez, M.D. Severe Covid-19. The New England Journal of Medicine

Downloaded from nejm.org at UPPSALA UNIVERSITY on May 15, 2020. For personal use only. No other uses without permission.

10. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of

adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1054-62.

11. Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson BT, et al. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. *JAMA* 2012; 307: 2526-33.

12. Mao L, Jin H, Wang M, et al. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol* 2020 April 10 (Epub ahead of print).

13. Milena Sokolowska, Eva Untersmayr Иммунология COVID-19 механизмы, клинический исход, диагностика и перспективы. Отчет Европейской Академии Аллергологии и Клинической Иммунологии (ЕААЦИ) С. 32-53.

14. Gregory Piazza, Umberto Campia, Shelley Hurwitz, Julia E. Snyder, Samuel Z. Goldhaber. Registry of Arterial and Venous Thromboembolic Complications in

Patients With COVID-19 *Journal of the American College of Cardiology* VOL. 76, NO. 18, 2020.

15. Guo T, Fan Y, Chen M, et al. Cardiovascular implications of fatal outcomes of patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol* 2020 March 27 (Epub ahead of print).

16. Mehta P, McAuley DF, Brown M, Sanchez E, Tattersall RS, Manson JJ. COVID-19: consider cytokine storm syndromes and immunosuppression. *Lancet* 2020; 395: 1033-4.

17. Goyal P, Choi JJ, Pinheiro LC, et al. Clinical characteristics of Covid-19 in

New York City. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMc2010419. Poston JT, Patel BK, Davis AM. Management of critically ill adults with COVID-19. *JAMA* 2020 March 26 (Epub ahead of print).

18. Wong HYF, Lam HYS, Fong AH-T, et al. Frequency and distribution of chest radiographic findings in COVID-19 positive patients. *Radiology* 2020 March 27 (Epub ahead of print).

19. Koh AHC, Koh LRS, Sheu SJ, Sakamoto T. What COVID-19 has taught us: lessons from around the globe. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2020;1-4. doi:10.1007/s00417-020-04791-9.

**ПРОФЕССОР, ДОКТОР МЕДИЦИНСКИХ НАУК, УЧЕНЫЙ, ПЕДАГОГ, ЗАСЛУЖЕННЫЙ
РАБОТНИК ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ, ВЫПУСНИК ТАШКЕНТСКОГО МЕДИЦИНСКОГО
ИНСТИТУТА СЕДУНОВ А.А.**

**Рузуддинов Н.С., Рузуддинов С., Алтынбеков К.Д., Шаяхметова М.К.,
Рузуддинов Т.Б., Рузуддинова К.Н.**

*Казахский национальный университет им. Аль-Фараби,
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Высший медико-стоматологический колледж профессора Рузуддинова*



В медицине много специальностей. Все они важны и все они нужны, но среди них особая профессия – врач-стоматолог. С тех пор как человек начал использовать инструменты в повседневной жизни, он начал заботиться о своих зубах, ухаживать за ними [1]. Не имея представления об этой специальности, в далеком 1954 году приехал в г. Ташкент уроженец совхоза Пахта-Арал Сырдаринского района Седунов Анатолий Андреевич. Успешно сдав вступительные экзамены, стал усердно заниматься учебой и добился успехов. Стал отличником, начал заниматься общественной работой.

В ТашМИ Седунов А.А. вел активную студенческую жизнь, участвовал в уборке хлопка, выступал на комсомольских собраниях курса, факультета, института.

После окончания вуза его направили врачом-стоматологом в Туркестанский военный округ. Работая в стоматологической поликлинике №329 Туркестанского военного округа в г. Ташкента, он полностью освоил профессию врача ортопеда-стоматолога. Оказывал поликлиническую и стационарную помощь солдатам и военнослужащим. Интересовался наукой. Самостоятельно изучал материаловедение в стоматологии.

Молодого, энергичного, пытливого врача стоматолога-ортопеда заметила комиссия МЗ Казахской ССР и пригласила его в качестве преподавателя на кафедру ортопедической стоматологии Алма-Атинского госмединститута (АГМИ).

В 1962 г. А.А. Седунов стал ассистентом кафедры ортопедической стоматологии. Работа в составе ППС кафедры была самым плодотворным и значимым для молодого преподавателя периодом. Именно здесь открылся талант научного исследователя, пытливого ученого, общественно-политического деятеля своего времени. Он хорошо ведет практические занятия, участвует в общественной жизни института, становится зам. декана, затем деканом стоматологического факультета АГМИ. В

1972 году Седунов А.А. защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Изготовление протезов на челюсти с одиночными зубами и корнями». В этой работе он ставил главной задачей сохранение одиночных зубов и их корней для протезирования. Это был смелый и решительный шаг по улучшению функциональной эффективности съемных протезов.

В 1975 году на партийном собрании АГМИ доцент А.А. Седунов избирается секретарем партийной организации института, на учете в которой состояли более 400 коммунистов. Началась эпоха общественно-политической деятельности. Под руководством доц. Седунова А.А. институт был награжден Орденом Трудового Красного Знамени. Он большой вклад внес в улучшение кадрового состава университета, оказал заметное влияние на улучшение материально-технического оснащения кафедр. В 1989 году А.А. Седунов защитил в Москве (ММСИ) докторскую диссертацию на тему: «Клинико-лабораторное обоснование применения монокристаллических зубных протезов» [3].

С 1975 года по 2001 год он был заведующим кафедрой ортопедической стоматологии и бессменным членом ученого совета по защите кандидатских и докторских диссертаций.

С 2001 года до последних дней жизни А.А. Седунов был почетным заведующим кафедрой, наставником молодежи, опорой всех стоматологов-ортопедов Казахстана.

Работая на кафедре, Анатолий Андреевич занимался широким кругом вопросов ортопедической стоматологии. Совместно с исследователями НИИ «Стройпроект» разработал новый биокерамический материал на основе дисиликата лития, корунда, кальций-фосфатного стекловолокна, а также местных природных материалов – СИТАЛЛ. Им были отработаны технологии получения биокерамики и всех вспомогательных материалов и приспособлений. Этот материал широко применяется для изготовления протезов, его прекрасная биологическая совместимость с костной тканью позволяет использовать его в имплантологии. Для повышения биосовместимости, доступности и упрочнения протезных материалов предложены

новые биокерамические конструкционные материалы с использованием местных сырьевых ресурсов.

Экспериментальными исследованиями было показано, что данные биокерамические материалы не обладают общетоксическим действием, не вызывают патологических изменений на месте их имплантации, обладают хорошими химико-механическими свойствами.

Указанные биокерамические материалы обладают ценными технологическими особенностями, позволяющие изготавливать протезы более точными, экономичными и прогрессивными технологиями (литье, прессование), изотермической пластической деформацией, плазменным напылением.

Большие работы велись в направлении восстановления дефектов челюстно-лицевой области с применением биокерамики и титана. Предложено изготовление челюсти из титана, покрытого гидроксилапатитом, методом плазменного напыления с абатментами для дальнейшего ортопедического лечения, титановые сетки для замены различных дефектов костной ткани, имплантаты костей лицевой области при различных дефектах из биокерамики.

Имплантаты костей лицевой области были подтверждены патентами.

В последние годы Анатолий Андреевич Седунов занимался препаратами для лечения стоматологических заболеваний и укрепления тканей зубов и пародонта, в качестве которого служит гидроксилапатит (патент РК №17836 от 2006 г.), а также предложил способ профилактики и лечения остеопороза (патент РК №17336 от 2006 г.). Настоящие патенты были использованы в исследовательской работе Хауа-Адам Саулеш Тлеуканкызы, которая завершилась защитой докторской диссертации. Данное изобретение использовалась для профилактики нарушения реконструкции кости. Изобретения: наполнитель лекарственного средства (патент РК №14628 от 2004 г.) относится к химико-фармацевтической промышленности и может быть использован при изготовлении лекарственных средств. Данный наполнитель повышает резистентность и способствует формированию биологических тканей.

Совместно с кафедрой хирургической стоматологии проф. А.А. Седунов занимался проблемой контурной пластики (патент РК №15653 от 2005 г.) для исправления дефектов и деформаций лица

и других частей тела. Данный способ контурной пластики исключает миграцию имплантата и образование кист, обеспечивает стабильность созданной формы, характеризуется высоким противораспалительным эффектом.

Изобретения: способ лечения ожоговой болезни (патент РК №18252 от 2006 г.) включает применение гидроксилапатита, серебра, меди и повышает эффективность лечения. Сокращает сроки заживления ожогов.

Проф. А.А. Седунов вел работу со стволовыми клетками и иммуномодулирующими средствами (патент РК №19546 от 2008 г.), которые могут быть использованы для различных заболеваний, сопровождающихся расстройствами модулирующей активности иммунной системы.

Доктор медицинских наук, профессор, Академик Казахстанской международной академии А.А. Седунов опубликовал 200 научных работ, он является автором 46 изобретений, 7 монографий и учебных пособий, 20 рационализаторских предложений.

Избирался депутатом районного Совета народных депутатов, возглавлял работу комиссии по здравоохранению и народному контролю.

Профессор Седунов А.А. был скромным, отзывчивым, высококультурным, добрым человеком. Своим отношением к окружающим вызывал доброжелательное отношение к себе. Общение с ним всегда приносило успокоение, отличался благородным отношением к делу.

В этом году исполнилось бы 85 лет со дня рождения нашего учителя, старшего товарища, выпускника Ташкентского медицинского института. Его доброта, широта души поражали не только соратников и коллег, но даже его врагов. Его жизнь является примером трудолюбия, скромности, порядочности. Научные труды Седунова А.А. будут изучаться его учениками, студентами медицинских вузов, врачами-стоматологами.

Литература

1. Рузуддинов С.Р., Седунов А.А., Лобанов Ю.С. Пропедевтика ортопедической стоматологии. – Алматы, 2010. – 410 с.
2. Рузуддинов С., Карманова Н., Омарова Б. Ученые-стоматологи Республики Казахстан. – Алматы, 1998. – 121 с.
3. Рузуддинов С., Рузуддинов Н.С. Вклад в науку стоматологов Казахстана. – Алматы, 2014. – Т. 1. – 613 с.