

STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2091-5845

№1 (82) 2021



31

Костные выступы на верхней челюсти и совершенствование методов изоляции с помощью двойных базисов в съемных протезах

53

Оптимизированные подходы к комплексному лечению пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом

82

Психоакустические показатели состояния слуха у больных болезнью меньера в период между приступами

Ўзбекистон Стоматологлар Ассоциацияси

«Stomatologiya» - илмий-амалий журнал

1998 йилда асос солинган

Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан

15 август 2007 йилда қайта рўйхатга олинган.

Гувоҳнома № 0289.

STOMATOLOGIYA
№ 1, 2021 (82)**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.

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

Рекламани чоп қилиш ҳақ тўлаш йўли билан амалга оширилади.
Реклама матнининг тўғрилиги бўйича 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 хайъатининг 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. (Украина), т.ф.д., проф.
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.
Максудов С.Н., 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.
Токаревич И.В. (Белоруссия), 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. (Тошкент), т.ф.д., проф.
Есембаева С. С. (Қозоғистон), т.ф.д, проф.
Исмоилов М.М. (Фарғона)
Кисельникова Л.П. (Россия), т.ф.д., проф.
Қурбонов Ф.Р. (Хоразм)
Норбутаев А.Б. (Самарқанд)
Рузудинов С.Р. (Қозоғистон), т.ф.д., проф.
Тоиров У.Т. (Тожикистон), т.ф.д., проф.
Тулаганов Б.О. (Тошкент вилояти)
Ўзакберганаева У.А. (Нукус)
Усмонов Р.Р. (Андижон)
Хасанова Л.Э. (Тошкент), т.ф.д.
Худанов Б.О. (Тошкент), т.ф.д.
Шукурова У.А. (Тошкент), т.ф.д.
Юлдошев А.А. (Тошкент), т.ф.д.

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

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

STOMATOLOGIYA

№ 1, 2021 (82)

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 аср авлоди».

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

Публикация рекламы на коммерческой основе.

За правильность рекламного текста ответственность несет рекламодатель. Рекламодатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу не зарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения.

Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются.

Авторы и редакционная коллегия несут ответственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имён и фамилий.

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ando Masatoshi – США
Baek il Kim – Южная Корея
Daisuke Inaba – Япония
Elbert de Josselin de long – Голландия
Jin Young Choi – Южная Корея
Peter Botenberg – Бельгия
Абдуллаев Ш.Ю., д.м.н., проф.
Азимов М.И., д.м.н., проф.
Акбаров А.Н., д.м.н., проф.
Алиева Р.К. (Азербайджан), д.м.н., проф.
Алимов А.С., д.м.н., проф.
Амануллаев Р.А., д.м.н., проф.
Бекжанова О.Е., д.м.н., проф.
Гасюк П.А. (Украина), д.м.н., проф.
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.
Максудов С.Н., 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.
Токарев И.В. (Белоруссия), д.м.н., проф.
Трунин В.А. (Россия), д.м.н., проф.
Хабилов Н.Л., д.м.н., проф.
Хасанов А.И., д.м.н.
Юлдашев И.М. (Кыргызстан), д.м.н., проф.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абдукадыров А.А. (Ташкент), д.м.н., проф.
Баймуродов Ш.А. (Ташкент), д.м.н., проф.
Гулямов С.С. (Ташкент), д.м.н., проф.
Даминова Ш.Б. (Ташкент), 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.)
Узакбергганова У.А. (Нукус)
Усманов Р.Р. (Андижан)
Хасанова Л.Э. (Ташкент), д.м.н.
Худанов Б.О. (Ташкент), д.м.н.
Шукурова У.А., (Ташкент), д.м.н.
Юлдашев А.А. (Ташкент), д.м.н.

Содержание

ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ИСТОРИЯ

<i>Хайдаров А.М., Хасановна Л.Э., Ахмедов А.А.</i> Особенности состава гликопротеинов ротовой жидкости у спортсменов циклического вида спорта.....	7
<i>Ходжаикбарова Ш.Т., Камиллов Х.П.</i> Патогистологические экспериментальные исследования стоматологического препарата в виде геля Алнидент.....	10
<i>Жумаев Л.Р., Ахмадалиев Н.Н.</i> Оценка состояния метаболизма соединительно-тканых структур у больных с заболеваниями слюнных желез.....	13

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

<i>Камиллов Х.П., Тахирова К.А., Авазова Ш.Н.</i> Особенности течения многоформной экссудативной эритемы, ассоциированной герпес-вирусной инфекцией.....	16
<i>Садикова И.Я., Журеева Н.И., Расулова М.М., Охунжоннова Х.Х.</i> Клинико-диагностические и терапевтические особенности стомалгии.....	18
<i>Саматов У.А.</i> Комбинированные методы лечения пульпитов, особенно у лиц старческого возраста.....	22
<i>Саматов У.А.</i> Перспектива применения препарата Анасеп гель в комплексном лечении больных пародонтитом.....	24

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

<i>Сабиров Э.Э., Боймуратов Ш.А.</i> Современный взгляд этиопатогенеза и лечения рецессии десны.....	25
<i>Рахимов З.К., Назаров Ж.Э., Нематова Ф.Ф.</i> Микробиологические и иммунологические показатели эффективности лечения больных с переломами нижней челюсти.....	28

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

<i>Рузуддинов Н.С., Рузуддинов С.</i> Костные выступы на верхней челюсти и совершенствование методов изоляции с помощью двойных базисов в съемных протезах.....	31
<i>Арсланов О.У., Ирсалиев Х.И., Сафаров М.Т.</i> Анализ компенсаторно-адаптационных механизмов при мостовидном протезировании концевых дефектов зубных рядов с применением внутрикостных имплантатов методом электромиографии.....	35

ОРТОДОНТИЯ

<i>Нигматов Р.Н., Акбаров К.С., Нигматова И.М., Нодирхонова М.О.</i> Болаларнинг алмашинув прикуси даврида тиш қаторларининг кесишган оккюзиясини цефалометрик усулда таъхислаш.....	38
--	----

Content

THE ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY AND HISTORY

<i>Khaydarov A.M., Khasanova L.E., Akhmedov A.A.</i> Features of the composition of oral fluid glycoproteins in cyclical sport athletes.....	7
<i>Khadzhiakbarova Sh.T., Kamilov Kh.P.</i> Pathohistological experimental studies of a dental preparation in the form of Alnident gel.....	10
<i>Zhumaev L.R., Akhmadaliev N.N.</i> Assessment of the metabolic state of connective tissue structures in patients with diseases of the salivary glands.....	13

THERAPEUTIC DENTISTRY

<i>Kamilov Kh.P., Tahirova N.A., Avazova Sh.N.</i> Features of the course of multiform exudative erythema associated with herpes virus infection.....	16
<i>Sadikova I.Ya., Zhuraeva N.I., Rasulova M.M., Okhunzhonova Kh.Kh.</i> Clinical-diagnostic and therapeutic features of stomalgia.....	18
<i>Samatov U.A.</i> Combined methods of treatment of pulpitis, especially in elderly people.....	22
<i>Samatov U.A.</i> The prospect of using the drug Anasep gel in the complex treatment of patients with periodontitis.....	24

SURGICAL DENTISTRY

<i>Sabirov E.E., Boymuradov Sh.A.</i> Modern view of the etiopathogenesis and treatment of gingival recession.....	25
<i>Rahimov Z.K., Nazarov J.E., Nematov F.F.</i> Microbiological and immunological indicators of the effectiveness of treatment of patients with fractures of the mandible.....	28

ORTHOPEDIC DENTISTRY

<i>Ruzuddinov N.S., Ruzuddinov S.</i> Bone protrusions on the upper jaw and improvement of isolation methods using double bases in removable dentures.....	31
<i>Arslanov O.U., Irsaliev Kh.I., Safarov M.T.</i> Analysis of compensatory and adaptive mechanisms in bridge-like prosthetics of end defects of dentition with the use of intraosseous implants by electromyography.....	35

ORTHODONTICS

<i>Nigmatov R.N., Akbarov K.S., Nigmatova I.M., Nadirkhanova M.O.</i> Early diagnosis of cross-occlusion of the dentition by the cephalometric method in children with a changeable bite.....	38
---	----

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

- Исаходжаева Х.К., Даминова Ш.Б., Хаджиметов А.А., Абдиримова Г.И.** Влияние гестационного возраста и массы тела новорожденного на прорезывание зубов.....40
- Камалова Ф.Р.** Разработка программы диагностики стоматологических заболеваний у детей с сахарным диабетом.....42
- Мирсалихова Ф.Л., Эронов Ё.Қ.** Мия фалажи билан касалланган болаларда тиш кариесини рокс гели орқали даволаш усуллари.....45
- Сайдалиев М.Н., Муртазаев С.С.** Бошланғич мактаб ёшидаги болаларда стоматологик профилактик таълим дастурлари.....47
- Эшбадалов Х.Ю., Махкамova Ф.Т., Насретдинов З.Т., Нажмиддинов Б.Б., Эшбадалов Н.Х.** Отдаленные исходы остеомиелита челюстей, перенесенных в раннем детском возрасте.....51

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

- Алимова Д.М., Абдуллаева М.Р., Юлдашева Н.А., Таджиева К.Р.** Оптимизированные подходы к комплексному лечению пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом.....53
- Азимов А.М., Турсуналиев З.З., Шадманов А.А.** Современные методы комплексного лечения воспалительных заболеваний периапикальных тканях.....56
- Бекжанова О.Е., Каюмова В.Р.** Клинические проявления Covid-19 в полости рта.....60
- Зойиров Т.Э., Содикова Ш.А.** Заболевания пародонта у беременных женщин на фоне железодефицитной анемии: этиология, патогенез, лечение и профилактика.....64
- Кузиев Ш.Х., Хасанов Ш.М., Маликов С.О., Саьдуллаева Ш.Л., Жалолов Р.А.** Выбор хирургической тактики при сочетании атрофии костной ткани верхней челюсти и кист верхнечелюстной пазухи.....69
- Усманова Д.Р., Мукимов О.А., Диего Лопс, Мукимова Х.О., Тургунов М.А.** Изучение дентальной имплантации с помощью метода “Root membrane” в верхней челюсти для повышения эффективности сохранения зубо-альвеолярного сегмента.....73
- Хабиллов Н.Л., Сафаров М.Т., Азизова Ш.И.** Ортопедик стоматологияда чархлашдан кейин келиб чиқадиған гиперестезияни замонавий профилактика ва даволаш усуллари.....77

PEDIATRIC DENTISTRY

- Isakhodzhaeva Kh.K., Daminova Sh.B., Khodzhimetov A.A., Abdirimova G.I.** Influence of gestational age and body weight of a newborn on teething.....40
- Kamalova F.R.** Development of a program for the diagnosis of dental diseases in children with diabetes mellitus.....42
- Mirsalikhova F.L., Eronov E.K.** Methods for the treatment of dental caries in children with cerebral palsy.....45
- Saidaliyev M.N., Murtazaev S.S.** Dental prophylactic education programs in primary school age children.....47
- Eshbadalov Kh.Yu., Makhkamova F.T., Nasretdinov Z.T., Nazhmiddinova B.B., Badalov N.H.** Long-term outcomes of osteomyelitis of the jaws suffered in early childhood.....51

REVIEWS

- Alimova D.M., Abdullayeva M.R., Yuldasheva N.A., Tajjiev K.R.** Optimized subpads for a comprehensive review of patients with chronic recurrent stomatitis.....53
- Azimov A.M., Tursunaliyev Z.Z., Shadmanov A.A.** Modern methods of complex treatment of optimized diseases of peripheral glasses.....56
- Bekzhanova O.E., Kayumova V.R.** Clinical veneration of Covid-19 in the RTA Protocol.....60
- Zoiron T.E., Sodikova Sh.A.** Periodontal disease in pregnant women with iron deficiency anemia: etiology, pathogenesis, treatment and prevention.....64
- Kuziev Sh.Kh., Khasanov Sh.M., Malikov S.O., Sadulaeva Sh.L., Jalalov R.A.** The choice of tactics for empathy of horse bone tissue in the jaw technique and who is the upper jaw.....69
- Usmanova D.R., Mukimov O.A., Diego Lopes, Mukimova Kh.O., Turgunov M.A.** Study of dental implantation using the “Root membrane” method in the upper jaw to improve the efficiency of preserving the dental-alveolar segment.....73
- Khabilov N.L., Safarov M.T., Azizova Sh.I.** Orthopedist helicopter dentist kayin kelib chikadigan hyperesthetic chiropractic care and anti-aging.....77

Арифов С.С., Тухтаев М.Б. Психоакустические показатели состояния слуха у больных болезнью меньера в период между приступами.....	82
Арифов С.С., Тухтаев М.Б. Характеристика нарушений слуха у больных двухсторонней болезнью меньера.....	86
Агзамова С.С. Ретроспективный анализ состояния офтальмологического статуса при травмах скуло-орбитального комплекса.....	89
Амонов Ш.Э., Каршиев Х.К., Эназаров Д.И., Нормуминов Ф.П. Лечебная тактика больным с постковидными гнойно-воспалительными осложнениями челюстно-лицевой области.....	92
Вохидов У.Н., Вохидов Н.Х., Шамсиев Д.Ф., Нуриддинов Х.Н., Каххоров А.В. Сурункали полипоз риносинуситни эндоскопик ташхислаш ва даволаш натижаларининг тахлили.....	95
Янгиева Н.Р. Анализ состояния и динамики заболеваемости возрастной макулярной дегенерацией в Ферганской, Андижанской, Наманганской областях Республики Узбекистан.....	99
Ризаев Ж.А., Туйчибаева Д.М. Состояние показателей заболеваемости глаукомой среди взрослого населения Республики Узбекистан.....	102
Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М., Юлдашев О.Т., Бердиев Д.О. Качество жизни пациентов с тригеминальной невралгией после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва	108

Arifov S.S., Tukhtaev M.B. Psychoacoustic indicators of hearing state in patients with menier's disease during the period between attacks.....	82
Arifov S.S., Tukhtaev M.B. Characteristics of hearing disorders in patients with bilateral Meniere's disease.....	86
Agzamova S.S. Retrospective analysis of the state of the ophthalmological status in injuries of the zygomatic-orbital complex.....	89
Amonov Sh.E., Karshiev Kh.K., Enazarov D.I., Normuminov F.P. Therapeutic tactics for patients with post-ovoid purulent-inflammatory complications of the maxillofacial region.....	92
Vohidov U.N., Vohidov N.H., Shamsiev D.F., Nuriddinov H.N., Kakhkhorov A.V. Surunkali polyposis rhinosinusitni endoscopik tashkhislash va davolash natijalaring tahlili.....	95
Yangieva N.R. Analysis of the state and dynamics of the incidence of age-related macular degeneration in the Ferghana, Andijan, and Namangan regions of the Republic of Uzbekistan.....	99
Rizaev Zh.A., Tuichibaeva D.M. The state of indicators of glaucoma incidence among the adult population of the Republic of Uzbekistan.....	102
Mirzaev A.U., Kariev G.M., Akhmediev M.M., Yuldashev O.T., Berdiev D.O. Quality of life in patients with trigeminal neuralgia after microvascular decompression of the trigeminal nerve root.....	108

**Уважаемые читатели журнала,
дорогие коллеги!**



Поздравляю Вас с праздником Навруз! Желаю вам мира, благополучия, процветания, профессионального роста и, конечно же, крепкого здоровья!

В последние годы в стране принимаются широкомасштабные меры по созданию системы высшего образования, соответствующей приоритетным направлениям социально-экономического развития и требованиям международных стандартов.

Создание новых высших образовательных учреждений в регионах, открытие современных направлений образования и специальностей по подготовке кадров, а также заочных и вечерних отделений, увеличение квот приема в высшие образовательные учреждения являются важными реформами в этом направлении.

В этом году подписан меморандум об открытии нового медицинского факультета между Самаркандским государственным медицинским институтом и Саратовским государственным медицинским университетом.

25 ведущие специалисты зарубежных партнёрских вузов ЕС, Кореи, Турции, Индии и стран СНГ, заключили договора с Ташкентским государственным стоматологическим институтом. Зарубежные профессора будут проводить лекционные и семинарские занятия для студентов по направлениям «Стоматология» и «Лечебное дело».

Также в этом году при поддержке Национальной палаты инновационного здравоохранения Республики Узбекистан 20 одарённых и инициативных студентов бакалавриата и магистратуры Ташкентского государственного стоматологического института 30 марта 2021 года приняли участие в онлайн – семинаре организованного Университетом Дэлхаузи. Онлайн – семинар «Осложнения мягких и твердых тканей вокруг дентальных имплантатов: что нам нужно знать?» проведён профессором стоматологического факультета Н.Хамдэм. В ходе семинара были рассмотрены вопросы концепции периимплантного мукозита и периимплантита, эпидемиология, патогенез и диагностика периимплантных заболеваний и т.д.

По окончании курса всем участникам выданы сертификаты с выделением 2,0 кредита (СЕС) в соответствии с Международными требованиями в системе непрерывного образования.

Теперь о самом журнале: в этом номере широко и полно представлены научно-исследовательские и практические материалы, в частности, посвящены на такие проблемы как: особенности течения многоформной экссудативной эритемы, ассоциированной герпес-вирусной инфекцией, микробиологические и иммунологические показатели эффективности лечения больных с переломами нижней челюсти, анализ компенсаторно-адаптационных механизмов при мостовидном протезировании концевых дефектов зубных рядов с применением внутрикостных имплантатов методом электромиографии, характеристика нарушений слуха у больных двухсторонней болезнью Меньера, клинические проявления Covid-19 в полости рта, лечебная тактика больным с постковидными гнойно-воспалительными осложнениями челюстно-лицевой области и многие другие.

Эти и другие материалы журнала охватывают широкий спектр отраслей медицины и представляют интерес для специалистов самых разных профилей медицинской науки, в том числе, стоматологической.

*С уважением,
Профессор Р.Н. Нугматов,
Главный редактор журнала «Stomatologiya»*

ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА ГЛИКОПРОТЕИНОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У СПОРТСМЕНОВ ЦИКЛИЧЕСКОГО ВИДА СПОРТА



Хайдаров А.М., Хасановна Л.Э., Ахмедов А.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Известно, что гликопротеины обнаруживаются в клеточных мембранах и во внеклеточных секретах, таких как плазма крови, ротовая жидкость. Олигосахариды при этом ответственны за множество важных физико-химических свойств белков и играют роль в адгезии микроорганизмов с гликопротеинами (муцинами) ротовой жидкости. Моносахариды в гликопротеинах могут быть галактоза, глюкозамин, галактозамин, фукоза, сиаловая кислота. Эти моносахариды, связанные с белком, изменяют биохимические и иммунологические свойства белка, его пространственную конфигурацию. Сиалогликопротеины предопределяет увеличение периода жизни белка в биологических жидкостях.

В многочисленных исследованиях изучены нарушения состава гликопротеинов слюзи у лиц с хроническими заболеваниями желудка и кишечника [2,3]. Нарушения трофики тканей пародонта у спортсменов, особенно после физической нагрузки, могут быть более выражены. Поэтому динамику изменения состава гликопротеинов в слюне у спортсменов можно использовать как маркер неблагополучия при физической нагрузке [1,4]. При исследовании слюнных показателей необходимо учитывать неинвазивность, высокую информативность и доступность методов, позволяющих прогнозировать течение стоматологической патологии у спортсменов.

Цель исследования

Выявление характерных особенностей в составе гликопротеинов ротовой жидкости у спортсменов циклического вида спорта.

Материал и методы

Клинико-лабораторное и стоматологическое обследование проведено у 56 спортсменов в возрасте 18-25 лет различного уровня тренированности, занимающихся циклическими видами спорта (гребля на байдарках и каноэ), в разные периоды тренировочного цикла. Длительность спортивного стажа – в среднем $5,7 \pm 1,12$ года. Контрольную группу составили 12 соматически здоровых подростков с клинически

здоровым пародонтом. В 1-ю группу вошли 30 спортсменов до физической нагрузки. Во 2-ю группу включены 26 спортсменов после физической нагрузки. Была предпринята попытка оценить общую физическую работоспособность гребцов и состояние пародонта.

Для тестирования общей физической работоспособности в качестве тестирующей нагрузки применялся велоэргометрический тест со ступенчато повышающейся нагрузкой «до отказа». Начальная мощность нагрузки – 750 кгм/мин (или 125 Вт) для спортсменов-мужчин и 600 кгм/мин (или 100 Вт) для женщин. Длительность каждой ступени – 2 минуты. Обычная скорость педалирования соответствовала 60 оборотам в минуту. Каждые две минуты мощность нагрузки увеличивалась на 150 кгм/мин (или 25 Вт) без интервалов отдыха, вплоть до отказа от работы из-за усталости. Пульс во время работы подсчитывался каждую минуту. На каждой степени задания регистрировали частоту сердечных сокращений (ЧСС). Для оценки метаболических сдвигов в ротовой жидкости, вызванных соревновательными нагрузками, проводили забор слюны утром, натощак и через час после окончания физической нагрузки. Образцы слюны помещались в системы для сбора слюны (SaliCap Set, типа эпиндорф) с помощью полипропиленовой трубочки.

В начале исследования с помощью разработанной специализированной анкеты было проведено анкетирование участников исследования. В результате анализа анкет были получены сведения о приобретенных спортивных травмах челюстно-лицевой области спортсменов, гигиены полости рта, перенесенных соматических заболеваниях. В последующих исследованиях определяли стоматологический статус пациентов. Для этого изучалась распространенность основных стоматологических заболеваний (кариес и его осложнения), некариозных поражений, воспалительных заболеваний пародонта, заболеваний слизистой оболочки полости рта. С целью изучения начальных изменений в тканях

пародонта у спортсменов и их динамики до и после физической нагрузки использовались индекс гигиены (ИГ) полости рта по методике Ю.А. Федорова, В.В. Володкиной (1971), индекс гигиены полости рта ВОЗ (ОHI) по методике Green – Vermellion (1960), папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс (РМА) в модификации С. Parma (1960), пародонтальный индекс (ПИ), оценка интенсивности поражения твердых тканей зубов (КПУ).

Определение суммарной концентрации гликопротеинов ротовой жидкости проводилось по методу Е.Г. Романенко и соавт. Содержание фукозы в гликопротеинах ротовой жидкости определяли по реакции Z. Dische и соавт. (1948), концентрацию гексозаминов – по методу L. Elson, W. Morgan (1933), сиаловой кислоты – с помощью 2-тиобарбитуровой кислоты (Warren L., 1959). Количество общего белка в ротовой жидкости определяли по методу О.Н. Lowry (1951). Результаты пересчитывали на 1 мл объема ротовой жидкости с учетом разведения проб при гидролизе.

Статистическая обработка данных лабораторных исследований проводилась с использованием лицензионной программы Statistica 6.1. Определяли частоту признаков, среднюю арифметическую величину (М), величину ошибки среднего (m), критерий значимости (t) Стьюдента, степень достоверности различий (p).

Результаты и обсуждение

Результаты проведенного социологического исследования показывают, что большинство спортсменов недостаточно информированы о возможности возникновения патологических процессов в зубочелюстной системе. Спортсмены нередко подвержены интенсивным физическим и психоэмоциональным нагрузкам, в результате чего может развиваться синдром перетренированности – явление, влияющее не только на эффективность процесса подготовки, но и на здоровье спортсмена в целом. Также при синдроме перетренированности у спортсменов нарушается электролитный обмен, уменьшается количество энергетических субстратов, организм теряет соли кальция, фосфора, калия и особенно фтора, который предотвращает развитие кариозного процесса. На фоне перетренированности и неполного

стоматологического здоровья может произойти как снижение его уровня, так и ухудшение качества жизни спортсменов. Для этого необходима разработка целевой комплексной программы профилактики основных стоматологических заболеваний у спортсменов.

Полученные до и после физической нагрузки результаты представлены в таблице. Как видно из таблицы, исходно содержание белка в ротовой жидкости повышалось как до нагрузки, так и после физической нагрузки. Очевидно, повышение уровня белка в ротовой жидкости является компенсаторным и свидетельствует о напряженности функции слюнных желез при физической нагрузке, обусловленной нейрогуморальной системой. В то же время содержание белково-углеводных комплексов слюны – гликопротеинов – до нагрузки снижалось в 2 раза, а после физической нагрузки – в 4 раза. Снижение уровня гликопротеинов на фоне увеличения содержания белков может свидетельствовать о возможности частичного распада гликопротеинов в полости рта и выработке бедной гликопротеинами «незрелой» слюны. О том же свидетельствует увеличение содержания фукозы и сиаловых кислот (у спортсменов 1-й группы) на фоне снижения уровня гексозаминов.

У спортсменов 2-й группы содержание сиаловых кислот в ротовой жидкости имело тенденцию к снижению. Известно, что в гликопротеинах одновременно содержатся как сиаловые кислоты, так и фукоза, которые в олигосахаридах этих белковоуглеводных комплексов располагаются терминально. При этом сиаловые кислоты в наибольшей степени обеспечивают гидрофильность и связывание воды гликопротеинами, а остатки фукозы, имеющие метильные группы, создают гидрофобные участки в молекуле. Последние могут обеспечить прилипание гликопротеинов к гидрофобным участкам мембран эпителиоцитов. Данный факт, возможно, лежит в основе колонизации клеток эпителия ротовой полости патогенными микроорганизмами. Преобладание концевых моносахаров (фукозы и сиаловых кислот) над корпусными (гексозамины) свидетельствует о нарушениях сборки гликопротеинов в слюнных железах.

Таблица

Показатели ротовой жидкости у спортсменов до и после физической нагрузки

Группа	Гексозамины , ммоль/л	Фукоза, ммоль/л	Сиаловая кислота, ммоль/л	Общие гликопротеины, мг/мл	Общий белок, г/л
Контрольная	0,47±0,03	0,61±0,04	0,13±0,01	0,13±0,02	3,04±0,27
1-я	0,32±0,03*	0,78±0,06	0,17±0,01*	0,06±0,01*	5,33±0,42*
2-я	0,22±0,02*	1,38±0,12*	0,19±0,01*	0,04±0,01*	10,78±1,23*

Примечание. * – p<0,05.

Известно, что отрицательно заряженные остатки ацетилнейраминовой (сиаловой) кислоты обеспечивают высокий уровень межмолекулярных взаимодействий и способствуют повышению вязкости ротовой жидкости и защите слизистых оболочек полости рта от воздействия экзогенных факторов.

Следовательно, высокий уровень сиаловых кислот в гликопротеинах ротовой жидкости может являться компенсаторным приспособлением, обеспечивающим вязкость ротовой жидкости, которая в физиологических условиях, и особенно при физических нагрузках, обеспечивает барьерную функцию слюны. Увеличение гидрофобности ротовой жидкости, связанное с повышенным содержанием фукозы, свидетельствует, с одной стороны, о вязкости слюны в ответ на физическую нагрузку, с другой, об обеспеченности синтеза гидрофобной слизи желудка.

Литература

1. Комарова Л.Г., Алексеева О.П. Новые представления о функции слюнных желез в организме (клинико-биохимический аспект). – Н. Новгород, 1994. – 96 с.
2. Краснова Е.Е., Чемоданов В.В., Егорова Е.Ю. Функциональное состояние гематосаливарного барьера у детей с гастродуоденальными заболеваниями // Экспер. и клин. гастроэнтерол. – 2005. – №3. – С. 80-84.
3. Романенко Е.Г. Состав гликопротеинов ротовой жидкости у детей с хронической гастродуоденальной патологией // Украинский стоматологический альманах. – 2012. – Т. 2, №2. – С. 37-40.
4. Романенко Е.Г., Кленина И.А. Способ определения общих гликопротеинов в слюне // Свет биологии та медицини. – 2012. – №4. – С. 91-93.

Цель: выявление характерных особенностей в составе гликопротеинов ротовой жидкости у спортсменов циклического вида спорта. **Материал и методы:** клинико-лабораторное и стоматологическое обследование проведено у 56 спортсменов в возрасте 18-25 лет различного уровня тренированности, занимающихся циклическими видами спорта (гребля на байдарках и каноэ), в разные периоды тренировочного цикла. Длительность спортивного стажа – в среднем $5,7 \pm 1,12$ года. Контрольную группу составили 12 соматически здоровых подростков с клинически здоровым пародонтом. **Результаты:** выявлен высокий уровень сиаловых кислот в гликопротеинах ротовой жидкости, что

является компенсаторным приспособлением, обеспечивающим вязкость ротовой жидкости при физических нагрузках, обеспечивая тем самым барьерную функцию слюны.

Выводы: необходима разработка целевой комплексной программы профилактики основных стоматологических заболеваний у спортсменов.

Ключевые слова: спортсмены циклического вида спорта, ротовая жидкость, сиаловые кислоты, профилактика стоматологических заболеваний.

Objective: To identify the characteristic features in the composition of glycoproteins of the oral fluid in athletes of cyclic sports. **Material and methods:** Clinical, laboratory and dental examination was carried out in 56 athletes at the age of 18-25 years of various levels of fitness, going in for cyclic sports (rowing and canoeing) at different periods of the training cycle. Duration of sports experience – 5.7 ± 1.12 years on average. The control group consisted of 12 somatically healthy adolescents with clinically healthy periodontal disease. **Results:** A high level of sialic acids was revealed in the glycoproteins of the oral fluid, which is a compensatory device that provides the viscosity of the oral fluid during physical exertion, thereby providing the barrier function of saliva.

Conclusions: It is necessary to develop a targeted comprehensive program for the prevention of major dental diseases in athletes.

Key words: athletes of a cyclic sport, oral fluid, sialic acids, prevention of dental diseases.

Maqsad: tsiklik sport turlari bo'yicha sportchilarda og'iz suyuqligining glikoproteinlari tarkibidagi xarakterli xususiyatlarni aniqlash. **Materiallar va usullar:** klinik, laboratoriya va stomatologik tekshiruv 18-25 yoshdagi har xil darajadagi fitness darajalarida, tsiklning turli davrlarida tsikli sport turlari (eshkak eshish va kanoeda eshkak eshish) bilan shug'ullanadigan 56 sportchida o'tkazildi. Sport tajribasi davomiyligi – o'rtacha $5,7 \pm 1,12$ yil. **Nazorat guruhi** klinik jihatdan sog'lom periodontal kasallikka chalingan 12 somatologik sog'lom o'spirinlardan iborat edi. **Natijalar:** og'iz suyuqligining glikoproteidlarida sialik kislotalarning yuqori darajasi aniqlandi, bu fizik mashqlar paytida og'iz suyuqligining yopishqoqligini ta'minlaydigan va shu bilan tuprikning to'siq funktsiyasini ta'minlaydigan kompensator vosita. **Xulosa:** sportchilarda asosiy stomatologik kasalliklarning oldini olish bo'yicha maqsadli kompleks dasturni ishlab chiqish zarur.

Kalit so'zlar: tsiklik sport turlari sportchilari, og'iz suyuqligi, sialik kislotalar, tish kasalliklarining oldini olish.

ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА В ВИДЕ ГЕЛЯ АЛНИДЕНТ



Ходжиакбарова Ш.Т.¹, Камилов Х.П.²

¹Узбекский научно-исследовательский химико-фармацевтический институт, ²Ташкентский государственный стоматологический институт

Рецидивирующий афтозный стоматит – одно из самых частых заболеваний слизистой оболочки полости рта. По мнению разных исследователей, в тот или иной период жизни афтами страдают около 20% населения. Афтозный стоматит относится к системной патологии со сложным генезом, отличается длительным течением и резистентностью к терапии. В настоящее время существует много методов лечения поражений слизистой оболочки полости рта [1,4,5].

Перспективным направлением считается разработка лекарственных препаратов пролонгированного действия, которые обеспечивают локальное и равномерное высвобождение действующего вещества из лекарственной формы, благодаря чему создается его высокая терапевтическая концентрация в месте воздействия без существующего влияния на уровень лекарственного вещества в системной циркуляции [2,3].

Цель исследования

Разработка и изучение отечественного лекарственного препарата в виде геля алнидент для профилактики и комплексного лечения воспалительных и дистрофически-воспалительных заболеваний ротовой полости.

Материал и методы

Микроскопические и гистологические исследования стоматологического препарата алнидент проводились в патогистологических лабораториях Республиканского патологоанатомического центра. При просмотре и описании микропрепаратов использован электронный бинокулярный микроскоп CYAN. Model DN-30 OM с приставкой 34 MP Microscope Camera, окулярное объективное увеличение – от $\times 4$ до $\times 40$. Микропрепараты окрашивали гематоксилином и эозином. Всего было изготовлено и описано 75 микрофотографий.

Результаты

При микроскопическом исследовании в срезах через 24 часа после нанесения ожоговой травмы появляется стоматит, возникающий при непосредственном повреждении слизистой оболочки полости рта повреждающим фактором. Повреждение имеет острый альтеративно-экссудативный характер. При этом видны язвы и тотальная альтерация локального характера с некрозом и деструкцией эпителия, подслизисто-стромальной ткани, характерной перифокальной реакцией, такой как десквамация эпителия, отек и разрыхление стромы, инфильтрация её полиморфноклеточными лейкоцитами. Сосуды резко расширенные, проницаемость стенки мелких сосудов увеличивается, отмечаются периваскулярный отек и эритродиapedез, имеются единичные пузырьки, заполненные серозной жидкостью. Поверхностные эпителиальные клетки имеют частично и локально слущенный эпителий, местами некротизирован, пронизан нитями фибрина.

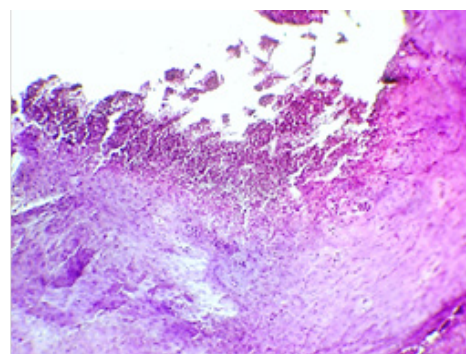


Рис. 1. Участок полости рта после нанесения ожоговой травмы, возникшей при непосредственном повреждении слизистой оболочки через 24 часа. Повреждение имеет острый альтеративно-экссудативный характер с образованием язвы (эрозии). Десквамация слизистой оболочки, строма оголена. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. $\times 20$.

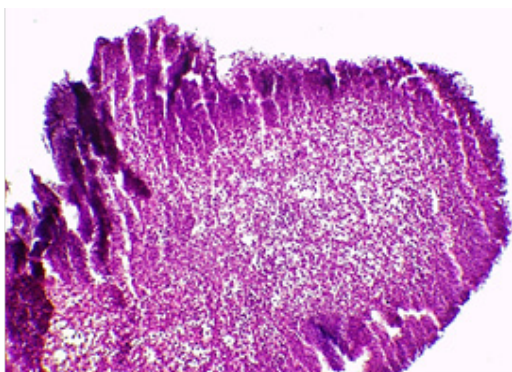


Рис. 2. Первые 24 часа после ожоговой травмы. Фрагмент слизистой полости рта. Альтерация локального характера с некрозом и деструкцией эпителия с десквамацией, строма отечная, разрыхленная. Тотальная инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами. Реакция микроциркуляторных сосудов, эритродиapedез, фибриновое пропитывание до собственного слоя. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. x20.

На дне ожоговых язв имеется фибриновый экссудат, проникающий до мышечного слоя, на этом месте подлежащие сосуды резко гиперемизированные.

На 4-6-е сутки вокруг язвы имеется лимфогистиоцитарные клетки с образованием макрофагальных фагоцитирующих клеток, незначительный фибриновый экссудат сохраняется на поверхности термического ожогового дефекта, но имеется тенденция к образованию грануляционной ткани, состоящей из молодых соединительнотканых клеток, фибробластов, у которых имеется множество мелких капиллярных образований и микроциркуляторных элементов, они гиперемизированные, местами с умеренным феноменом сладжа, с агрегацией эритроцитов. Можно наблюдать пролиферацию и дифференциацию эпителиальных клеток и клеток гематогенного и гистиогенного происхождения.

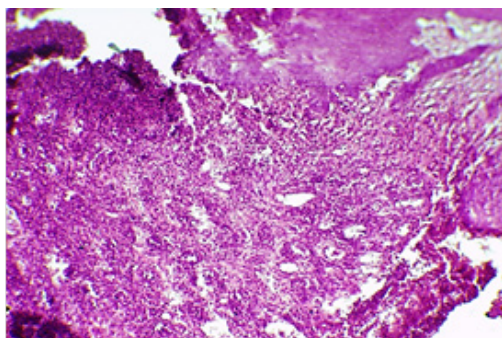


Рис. 3. 4-6-е сут после ожоговой травмы.

Фрагмент участка слизистой полости рта с острой (эрозией) язвой поверхностного эпителия, вокруг дефекта имеются фагоцитирующие клетки, фибриновая экссудация по краям язвы, отмечается тенденция к образованию грануляционной ткани,

состоящей из молодых соединительнотканых клеток, фибробластов, у которых множества мелких капиллярных образований и микроциркуляторных элементов. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. x40.

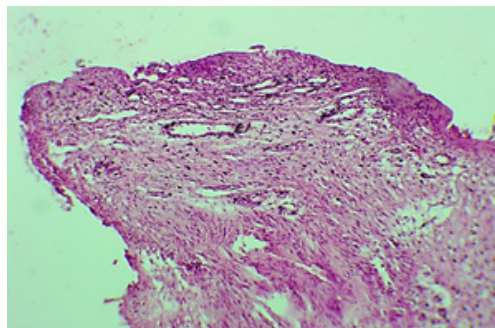


Рис. 4. 14-16 сут после ожоговой травмы.

Процесс образования грануляционной ткани резко выражен, в очаге ожоговой эрозии имеется умеренная лимфоцитарно-макрофагальная инфильтрация, в строме множество сосудов микроциркуляторного характера, периваскулярный и межтканевый отек. Имеются участки регенерации покровного эпителия. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. x20.

На 14-16-е сутки эксперимента микроскопическая картина локальных изменений имеет ограниченный характер, при этом процесс образования грануляционной ткани сохраняется, наблюдается также реакция микроциркуляторных сосудов с периваскулярным отеком и макрофагальной и лимфоцитарной реакцией, которые имеют перифокальный характер. На пораженных участках слизистой отмечается реакция пролиферации эпителиальных клеток, которые за счёт регенерации покрывают оголенные участки подлежащей ткани. При этом имеются признаки умеренной метаплазии поверхностного эпителия. Выявляются участки выраженной пролиферации и дифференциации молодых соединительнотканых клеток с образованием фиброцитов, с хорошо выраженной стромой и волокнистыми элементами с уменьшением сосудистых элементов. Следует отметить, что в строме имеется тенденция к очаговому скоплению лимфоцитарной и гистиоцитарной инфильтрации, кроме того, на месте термического поражения ткани образовался нежный соединительнотканый рубец.

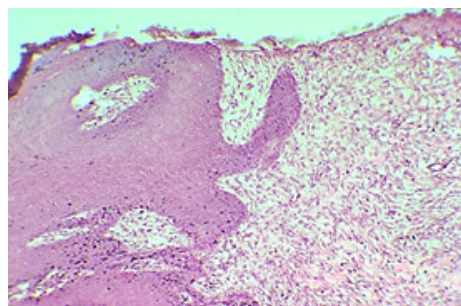


Рис. 5. 14-16-е сут после ожоговой травмы.

Изменения имеет локальный характер. На пораженных участках слизистой отмечается реакция пролиферации эпителиальных клеток, в процессе регенерации покрываются оголенные участки подлежащей ткани, умеренная метаплазия покровного эпителия. В строме выраженная пролиферация и дифференциация молодых соединительнотканых клеток с образованием фиброцитов, уменьшение количества сосудистых элементов. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х20.

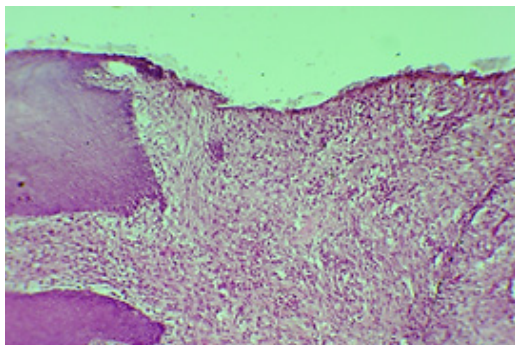


Рис. 6: 14-16-е сут после нанесения ожоговой травмы.

На месте острых эрозивных изменений образуется нежный соединительнотканый рубец, прослеживаются следы умеренного серозного экссудата. В строме соединительнотканное образование, фибробласты и фиброциты. Имеются поля с образованием волокнистых (коллагеновых) структур, гиперемия микрососудов не обнаружена. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х20.

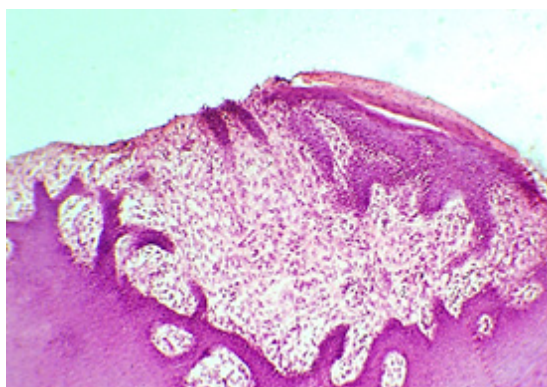


Рис. 7. Фрагмент слизистой оболочки полости рта.

Финальные сроки эксперимента. Отмечается реституция (полная регенерация) покровного эпителия. Стоматологический порошок для полоскания полости рта алнидент оказывает противовоспалительное и ранозаживляющее действие. За счёт биостимуляции клеток достигается активация обменных процессов, восстановления, заживления с пролифераций, трансформация, дифференциация клеток. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. х20.

Таким образом, результаты микроскопического анализа экспериментального материала позволяют сделать вывод, что алнидент – стоматологический гель, комбинированный фитопрепарат для местного применения. Оказывает противовоспалительное, местноанестезирующее действие, улучшает регенерацию тканей полости рта. Препарат можно использовать для профилактики и комплексного лечения воспалительных и дистрофически-воспалительных заболеваний ротовой полости.

Литература

1. European Pharmacopoeia. – 8th edition (8.0) (2.6.1). – Strasbourg: EDQM, 2013.
2. Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., Чеминава Н.Р. и др. // Проблемы стоматологического здоровья у лиц молодого возраста (обзор литературы). – Пародонтология. – 2014. – №2 (71). – С.3-5.
3. Escudier M., Nunes C., Sanderson J.D. // Dis. Mouth. Med. – 2011. – Vol. 39, №3, – P. 127-131.
4. Rodriguez-Rodriguez E, Darias Martin J, Diaz Romero C. Aloe vera as a functional ingredient in foods // Crit. Rev. Food Sci. Nutr. – 2010. – Vol. 50. – P. 305-326.
5. Samet N., Laurent C., Susarla S.M., Samet-Rubinstein N. The effect of bee propolis on recurrent aphthous stomatitis: A pilot study // Clin. Oral Invest. – 2007. – Vol. 11. – P. 143-147.

РЕЗЮМЕ

Приводятся результаты микроскопического анализа комбинированного фитопрепарата алнидент в виде геля для местного применения. Препарат оказывает противовоспалительное и ранозаживляющее действие.

Ключевые слова: воспалительные и дистрофически-воспалительные заболевания ротовой полости, комбинированный фитопрепарат алнидент, микроскопический анализ.

РЕЗЮМЕСИ

Mahalliy foydalanish uchun jel shaklida birlashtirilgan fitopreparat mikroskopik tahlil natijalari keltirilgan. Preparat yallig'lanishga qarshi va jarohatni davolash ta'siriga ega.

Kalit so'zlar: og'iz bo'shlig'ining yallig'lanishli va distrofik-yallig'lanish kasalliklari, kombinatsiyalangan fitopreparat alnident, mikroskopik tahlil.

SUMMARY

The results of microscopic analysis of the combined phytopreparation alnident in the form of a gel for topical use are presented. The drug has anti-inflammatory and wound healing effects.

Key words: inflammatory and dystrophic-inflammatory diseases of the oral cavity, combined phytopreparation alnident, microscopic analysis.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МЕТАБОЛИЗМА СОЕДИНИТЕЛЬНЫХ СТРУКТУР У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Жумаев Л.Р., Ахмадалиев Н.Н.

Бухарский государственный медицинский институт, Ташкентский государственный стоматологический институт

Своевременная и правильная диагностика заболеваний слюнных желез остается актуальной проблемой современной медицины [2,8]. Установлено, что более чем в 70% случаев имеет место расхождение диагнозов при поступлении пациента на следующий этап лечения [1,6,7]. Сложившаяся ситуация объясняется не только увеличением общего числа больных, отсутствием единых алгоритмов, унифицированных критериев и эффективных методик диагностики, но и тем, что различные заболевания слюнных желез имеют сходную клиническую симптоматику, а дифференциальная диагностика требует большого клинического опыта и использования специальной аппаратуры [5,9].

В структуре заболеваний различными сиалоаденитами преобладают (85-96%) поражения околоушных слюнных желез хроническим воспалительным процессом. При этом анатомическая и функциональная идентичность больших слюнных желез позволяет судить о схожести возникающих в них патологических изменений и проецировать результаты исследований на группу воспалительных заболеваний больших слюнных желез в целом [3,4].

Для выявления воспалительного процесса и его активности было предложено определение содержания в сыворотке крови сиаловых кислот и гликопротеинов как острофазовых показателей [8].

Цель исследования

Изучение показателей острофазового воспаления, соединительнотканного обмена у больных с реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез.

Материал и методы

Обследованы 52 больных с реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез в возрасте от 20 до 75 лет. Больные основной группы были разделены на две возрастные подгруппы: 1-я – 23 больных в возрасте от 20 до 45 лет, 2-я подгруппа – 29 больных в возрасте от 46 до 75 лет. Контрольная группа включала 26 практически здоровых лиц, которые так же, как и больные основной группы были разделены на соответствующие возрастные подгруппы: 3-я подгруппа – 10 человек, 4-я – 16.

Фракционный состав гликозаминогликанов

(ГАГ) сыворотки крови определяли в реакции осаждения ризохином по В.П. Боданскому [6].

Полученные результаты обрабатывали с применением t-критерия Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (p). Различия между двумя выборками считали достоверными при $p < 0,05$. Для статистической обработки полученных результатов использовали пакет программного обеспечения Microsoft Excel с применением пакета анализа данных.

Результаты и обсуждение

Полученные данные свидетельствуют о том, что концентрация острофазовых показателей у больных 1-й и 2-й подгрупп выше контрольных значений (рисунок). Так, уровень сиаловых кислот увеличивался в обеих возрастных подгруппах в 2,1 раза, а гликопротеинов по 2-й подгруппе – в 1,6 раза.

Особый интерес вызывают компоненты основного вещества соединительной ткани у наших пациентов на момент исследования. В качестве показателей обмена органической составляющей тканей скелета были избраны тесты, отражающие обмен ГАГ в сыворотке крови. Содержание общих хондроитинсульфатов, определяемых по реакции помутнения с риванолом, у пациентов 1-й подгруппы сохранялось на уровне контрольных значений ($p > 0,05$), а во 2-й подгруппе было выше, чем в 4-й в 2 раза (табл.). Это свидетельствует о деструктивной направленности обменных процессов в соединительной ткани в период активной дистрофии и подтверждается тем, что содержание сывороточных хондроитинсульфатов у больных 2-й подгруппы было достоверно выше, чем у больных 1-й подгруппы. Это предположение соотносится с содержанием ГАГ в сыворотке крови, определяемым по реакции с ризохином.

Содержание суммы I и II фракций ГАГ, в которые входят хондроитин-4- и хондроитин-6-сульфаты, у пациентов 2-й подгруппы было достоверно выше, чем в 1-й ($p < 0,05$). Эти данные также подтверждают более выраженные деструктивные изменения в костной ткани у пациентов 2-й подгруппы. Разницу между уровнем I и II фракций ГАГ установить не удалось ($p > 0,05$). Но были выявлены значимые различия содержания III фракции, в составе которой преобладают кератан-, гепаран- и дерматансульфаты. Оказалось, что уровень этой фракции у больных 1-й подгруппы

в 2-3 раза ниже, а 2-й – в 1,5 раза ниже, чем у здоровых лиц соответствующего возраста. Возможно, у пациентов нарушен не только обмен хондроитинсульфатов, которые преобладают в тканях скелета, но и ГАГ другой локализации, в частности печени, почек (гепарансульфат) и сосудов (дерматансульфат). Судя по нашим

данным, обмен этих компонентов системы ГАГ у пациентов снижен. Это также совпадает с нашей концепцией о наличии реактивно-дистрофического процесса у больных 1-й и 2-й подгрупп, причем во 2-й подгруппе нарушения обменных процессов в основном в веществе соединительной ткани преобладают.

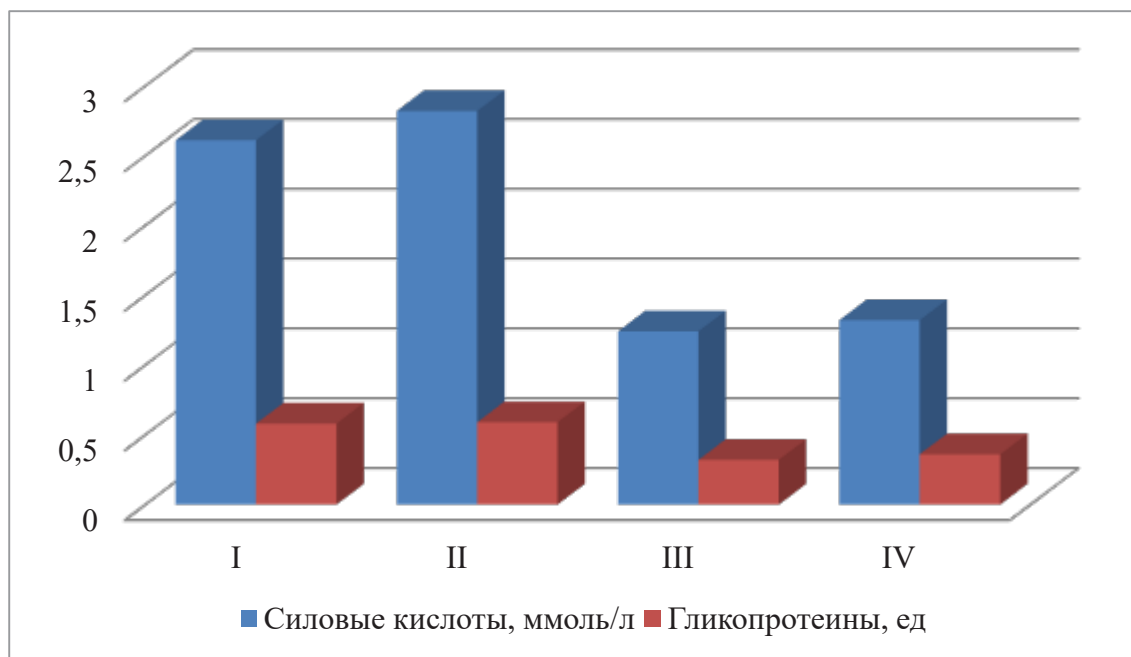


Рисунок. Содержание сиаловых кислот и гликопротеинов у больных с реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез.

Показатели обмена гликозаминогликанов в сыворотке крови у больных с реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез

Показатель	1-я подгруппа	2-я подгруппа	3-я подгруппа	4-я подгруппа
Хондроитинсульфаты, г/л	0,092±0,008*	0,124±0,007	0,076±0,004	0,063±0,007
I фракция ГАГ, ед.	6,3±0,22	6,8±0,34	5,9±0,25	6,1±0,21
II фракция ГАГ, ед.	2,1±0,05*	2,4±0,06	3,9±0,04	3,2±0,06
III фракция ГАГ, ед.	1,2±0,02*	1,5±0,02*	2,8±0,03	2,3±0,02
Общее содержание ГАГ, ед.	9,6±1,2*	10,4±2,1	12,1±0,9	11,2±0,8
Сумма I и II фракций хондроитинсульфатов, ед.	8,2±0,09*	9,3±0,01	9,8±0,06	9,2±1,01

Примечание. * – достоверность различий.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что обследованные лица имели нарушения минерального обмена и метаболизма компонентов органического матрикса соединительной ткани, которые носили возрастозависимый характер. В организме пациентов наблюдался реактивно-дистрофический процесс, причем его проявления отмечались уже в младшей возрастной группе. У больных старшей возрастной группы, очевидно, вследствие длительного нарушения процессов питания и пищеварения, обусловленных патологическим изменениями, метаболические

нарушения были более выраженными, чем у лиц младшей возрастной группы. Вместе с тем у последних в большей степени был нарушен механизм, отвечающий за формирование структуры органических компонентов матрикса соединительной ткани, что проявлялось разной степенью дезорганизации входящих в него коллагена и нефибриллярных структур матрикса.

Изучение лабораторных показателей острого воспаления может быть использовано для оценки эффективности лечения больных с реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез.

Литература

1. Гапузов В.В. Определение оксипролина в суточной моче // Лаб. дело. – 1990. – №10. – С. 43-45.
2. Иорданишвили А.К., Лобейко В.В., Поленс А.А., Жмудь М.В. Некоторые методические аспекты диагностики заболеваний слюнных желез // Пародонтология. – 2012. – №2 (63). – С. 71-75.
3. Камышников В.С. Клинико-биохимическая лабораторная диагностика: Справочник. – В 2 т. – Минск: Интерсервис, 2003. – Т. 1. – 495 с.
4. Матина В.Н. Заболевания и опухоли слюнных желез // Заболевания, повреждения и опухоли слюнных желез: Руководство для врачей; Под ред. проф. А.К. Иорданишвили. – СПб: СпецЛит, 2007. – С. 202-254.
5. Медицинские лабораторные технологии: Справочник; Под ред. А.И. Карпищенко. – В 3 т. – СПб: Интермедика, 2002. – Т. 2. – 600 с.
6. Патент Украины на полезную модель № 29198 МПК (2006) G01N33/48. Способ определения фракций сульфатированных гексозаминогликанов. Государственное учреждение «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМНУ»; Харьковская государственная зооветеринарная академия /Ф.С. Леонтьева, В.А. Филипенко, О.П. Тимошенко и др. /Заяв. № u200 708505. Заяв. 24.07.2007. – Опубл. 10.01.2008. – Бюл. №1.
7. Шипский А.В., Афанасьев В.В. Диагностика хронических заболеваний слюнных желез с помощью дифференциально-диагностического алгоритма: Практ. руководство. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.
8. Bradley P.J. Pathology and treatment of salivary gland conditions // Surgery (Oxford). – 2006. – Vol. 24, №9. – P. 304-311.
9. Madani G., Beale T. Inflammatory Conditions of the Salivary Glands // Semin. Ultrasound CT, and MRI. – 2006. – Vol. 27, №6. – P. 440-451.

Цель: изучение показателей острофазового воспаления, соединительнотканного обмена у больных с реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез. Материал и методы: обследованы 52 больных с реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез в возрасте от 20 до 75 лет. Больные основной и контрольной групп (каждая) были разделены на две возрастные подгруппы: от 20 до 45 лет и от 46 до 75 лет. Результаты: обследованные лица имели нарушения минерального обмена и метаболизма компонентов органического

матрикса соединительной ткани, которые носили возрастозависимый характер. Проявления реактивно-дистрофического процесса отмечались уже в младшей возрастной группе. У больных старшей возрастной группы, очевидно, вследствие длительного нарушения процессов питания и пищеварения, обусловленных патологическим изменениями, метаболические нарушения были более выраженными, чем у лиц младшей возрастной группы. Выводы: изучение лабораторных показателей острофазового воспаления может быть использовано для оценки эффективности лечения больных с реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез.

Ключевые слова: реактивно-деструктивные заболевания слюнных желез, гликозамингликаны, фракции гликозамингликанов, соединительная ткань.

Objective: To study indicators of acute phase inflammation, connective tissue metabolism in patients with reactive dystrophic diseases of the salivary glands. Material and methods: 52 patients with reactive-dystrophic diseases of the salivary glands at the age from 20 to 75 years were examined. Patients of the main and control groups (each) were divided into two age subgroups: from 20 to 45 years old and from 46 to 75 years old. Results: The examined persons had age-dependent disorders of mineral metabolism and metabolism of the components of the organic matrix of connective tissue. Manifestations of the reactive-dystrophic process were noted already in the younger age group. In patients of the older age group, apparently due to prolonged disturbance of the processes of nutrition and digestion caused by pathological changes, metabolic disturbances were more pronounced than in persons of the younger age group. Conclusions: The study of laboratory parameters of acute phase inflammation can be used to assess the effectiveness of treatment of patients with reactive dystrophic diseases of the salivary glands.

Key words: reactive-destructive diseases of the salivary glands, glycosaminoglycans, fractions of glycosaminoglycans, connective tissue.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ



Камилов Х.П., Тахирова К.А., Авазова Ш.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Многоформная экссудативная эритема (МЭЭ) – это аутоиммунное кожно-слизистое заболевание, которое имеет острое начало, отличается высокой частотой рецидивов и обычно проходит самостоятельно. МЭЭ в первую очередь поражает внешне здоровых молодых людей (20-40 лет). Точная этиология не известна, хотя предшествующее инфицирование вирусом простого герпеса (ВПГ) и прием определенных лекарств являются общими провоцирующими факторами. Две основные формы мультиформной экссудативной эритемы – малая и большая. При малой МЭЭ поражается только одна слизистая оболочка, и видны симметричные целевые кожные поражения на конечностях. Это контрастирует с большой МЭЭ, которая поражает две или более слизистых оболочек, а кожные поражения весьма разнообразны.

Особенности поражения ротовой полости весьма характерны: на губах и слизистой оболочке рта образуются волдыри, которые впоследствии лопаются и сливаются, образуя эрозивные и язвенные поражения, за которыми следует сероватая псевдопленка. Наблюдается также шелушение десен, геморрагические, покрытые коркой, поражения губ. Асимметричные эритематозные пятнисто-папулезные поражения со временем разрушаются и, сливаясь, образуют бляшки на коже. Поражение мишени или радужки («яблочко») – это классическое поражение кожи при МЭЭ. Диагноз МЭЭ может вызывать затруднения в случае мономорфной пузырьной сыпи и при отсутствии или малом количестве типичных «мишеней». Особый интерес вызывают отличительные признаки и проявление МЭЭ разной этиологии [2,4].

Цель исследования

Изучение особенностей течения многоформной экссудативной эритемы, ассоциированной с герпес-вирусной инфекцией (ГАМЭЭ).

Материал и методы

Обследованы 28 пациентов с ГАМЭЭ (16 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 25 до 50 лет. У всех пациентов в анамнезе установлены рецидивирующие формы герпеса. При этом

непосредственный рецидив МЭЭ у большинства пациентов был связан с активацией герпес-вирусной инфекции на коже либо слизистых оболочках. Диагноз герпеса устанавливали на основании клинических проявлений и анамнеза с обязательным лабораторным подтверждением. Диагноз инфекции ВПГ подтверждался выявлением антигенов и антител (ВПГ-1 и ВПГ-2) методом иммуноферментного анализа, а также с помощью полимеразно-цепной реакции (ПЦР).

Результаты и обсуждение

Около 70% случаев МЭЭ имеют характерные особенности в ротовой полости. Поражения ротовой полости имеют склонность к некротизации слизистой оболочки и передних отделов ротовой полости. Основными пораженными участками являются губы (36%), слизистая оболочка щеки (31%), язык (22%) и слизистая оболочка нёба (19%). МЭЭ проявляется широким спектром оральных проявлений, начиная от мелких эритематозных бляшек и бляшек гиперкератоза до болезненных глубоких геморрагических буллезных и эрозивных поражений. Первоначальные поражения полости рта проявляются отеками и эритематозными пятнами на губах и слизистой оболочке рта. Для расширенных поражений характерны множественные везикуло-буллезные поражения, которые в конечном итоге разрушаются, образуя псевдомембрану. Опухшие губы вместе с типичными кровянистыми корками – отличительный признак МЭЭ. Неповрежденные пузырьки видны нечасто, в конечном итоге они разрываются, образуя язвенные поражения неправильной формы. Хотя мишеневидные поражения могут появляться на губе, но они редко встречаются во рту. Слизистая оболочка полости рта – наиболее часто поражаемая слизистая оболочка. Однако по мере дальнейшего развития заболевания оно может поражать любую слизистую оболочку, включая трахеобронхиальный эпителий или эпителий желудочно-кишечного тракта [1,8].

Большая МЭЭ представляет собой более крупные поражения полости рта по сравнению с малой, а язвенные поражения слизистых оболочек могут наблюдаться более чем в 50% случаев.

Могут также отмечаться конституциональные особенности, такие как тризм, дизартрия, дисфония и/или дисфагия. В большинстве случаев поражения ротовой полости заживают без рубцевания, однако иногда формироваться гиперкератотические бляшки, которые соседствуют с эритематозными участками [3].

Известно, что МЭЭ, ассоциированная с герпесом, имеет два периода развития: продромальный (период активации герпесвирусного процесса) и буллезный (период разгара МЭЭ) [5,6,7]. Отмечено, что в первой фазе МЭЭ часто начинается с нетипичных высыпаний. Пациенты предъявляют жалобы на зуд, жжение, сопровождающиеся эскориациями, папулезными и/или уртикарными поражениями. При этом зуд и неспецифические высыпания могут существовать несколько дней до характерных высыпаний и оставаться единственным признаком основного заболевания. У обследованных больных ГАМЭЭ развивалась на фоне активации герпетического процесса, проявлялась характерными пятнисто-папулезными, буллезными высыпаниями в виде «мишени» на коже и слизистых оболочках. С первых дней заболевания элементы сыпи имели тенденцию к периферическому росту и западению в центральной части. Папулы размещались фокусно, но позже сливались между собой, образуя кольца, дуги на фоне красно-синюшной эритемы. У 22 (78,6%) пациентов, находившихся под нашим наблюдением, к 4–7-му дню заболевания экссудация папул усиливалась, что способствовало появлению везикул и пузырей с серозным, серозно-гнойным, а иногда с геморрагическим содержимым. Сыпь располагалась симметрично в виде «мишени» (erythema iris). Излюбленной локализацией сыпи были слизистые оболочки ротовой полости и гениталий, красная кайма губ (часто рядом с герпетическими высыпаниями), лицо, разгибательные поверхности предплечий, голени, бедра, область гениталий, тыльные и ладонные поверхности кистей, реже стопы.

Выводы

1. В этиопатогенезе многоформной экссудативной эритемы, помимо токсико-аллергических факторов, большое значение имеет герпес-вирусная инфекция (преимущественно 1-2-го типов).
2. Периоды обострения герпес-ассоциированной многоформной экссудативной эритемы совпадают с эпизодами активации лабиального и генитального герпеса.
3. У больных с частыми и продолжительными рецидивами при манифестации многоформной экссудативной эритемы, ассоциированной с герпес-вирусной инфекцией, обнаруживается повышение уровня иммуноглобулинов G к вирусу простого герпеса в 3-4,5 раза.

Литература

1. Аль-Убайди С.С., Налли Ф.Ф. Многоформная эритема: обзор двадцати шести случаев // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. – 2016. – Vol. 41. – P. 601-606. к
2. Асхаков М.С., Чеботарёв В.В. Эритемы инфекционно-аллергической природы // Вестн. мол. ученого. – 2017. – №4 (19). – С. 33-38.
3. Аянго Л., Роджерс Р.С. Местные проявления многоформной эритемы // Dermatol. Clin. – 2013. Vol. 21. – P. 195-205.
4. Булгакова А.И., Хисматуллина З.Р., Зацепина М.В. Результаты исследования заболеваемости и клинических проявлений в полости рта многоформной экссудативной эритемы // Стоматология для всех. – 2017. – №4. – С. 16-18.
5. Запольский М.Э. Герпесвирусные заболевания (α -, β -, γ -, подгруппы). – Одесса : Фотосинтетика, 2010. – 285 с.
6. Запольский М.Э. Многоформная экссудативная эритема, ассоциированная с герпесвирусом. Эпидемиология и патогенетически обоснованная терапия // Клин. иммунол., алергол. и инфектол. – 2012. – №8 (57). – С. 52-56.
7. Запольский М.Э. Особенности иммуноцитокинного статуса у пациентов с герпес-ассоциированной многоморфной экссудативной эритемой // Дерматология та венерология. – 2013. – №4 (62). – С. 25-33.
8. Кеннет С. Многоформная эритема, поражающая ротовую полость // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. – 2018. – Vol. 25. – P. 366-373.

Цель: изучение особенностей течения многоформной экссудативной эритемы, ассоциированной с герпес-вирусной инфекцией. **Материал и методы:** обследованы 28 пациентов с герпес-ассоциированной многоформной экссудативной эритемой (ГАМЭЭ) (16 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 25 до 50 лет. У всех пациентов в анамнезе установлены рецидивирующие формы герпеса. Рецидив МЭЭ у большинства пациентов был связан с активацией герпес-вирусной инфекции на коже либо слизистых оболочках. **Результаты:** поражения полости рта довольно характерны и проявляются в виде быстро разрывающихся пузырьков и пузырей, образующих нечеткие эрозии и геморрагические поражения губ. Излюбленной локализацией сыпи были слизистые оболочки ротовой полости и гениталий, красная кайма губ (часто рядом с герпетическими высыпаниями), лицо, разгибательные поверхности предплечий, голени, бедра, область гениталий, тыльные и ладонные поверхности кистей, реже стопы. **Выводы:** периоды обострения ГАМЭЭ совпадают с эпизодами активации лабиального и генитального герпеса. У больных с частыми и продолжительными рецидивами обнаруживается повышение уровня иммуноглобулинов G к вирусу

простого герпеса в 3-4,5 раза.

Ключевые слова: многоформная экссудативная эритема, вирус простого герпеса.

Objective: To study the peculiarities of the course of multiforme exudative erythema associated with herpes viral infection. Material and methods: 28 patients with herpes-associated exudative erythema multiforme (GAMEE) (16 men and 12 women) aged 25 to 50 years were examined. All patients have a history of recurrent forms of herpes. Relapse of MEE in the majority of patients was associated with the activation of herpes virus infection on the skin or mucous membranes. Results: Lesions of the oral cavity are quite characteristic and appear in the form of rapidly bursting vesicles and blisters, forming

indistinct erosion and hemorrhagic lesions of the lips. The favorite localization of the rash was the mucous membranes of the oral cavity and genitals, the red border of the lips (often along with herpes sores), the face, the extensor surfaces of the forearms, the legs, the thighs, the back of the genitals, and the back of the forelegs. Conclusions: Periods of exacerbation of GAMEE coincide with episodes of activation of labial and genital herpes. In patients with frequent and prolonged relapses, an increase in the level of immunoglobulin G to the herpes simplex virus is found 3-4.5 times.

Key words: exudative erythema multiforme, herpes simplex virus.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-05>

УДК: 616.31-009.7-08-039.71

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТОМАЛГИИ

Садикова И.Я., Жураева Н.И., Расулова М.М., Охунжонова Х.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

Стомалгия (СА) – хронически протекающее заболевание, характеризующееся жгучими болями и парестезиями на различных участках слизистой оболочки языка, губ, задней стенки глотки, без видимых местных изменений, сопровождающееся снижением трудоспособности, угнетением психики, депрессивным состоянием больных (более краткая дефиниция: хроническое заболевание, проявляющееся персистирующей орофациальной болью). Это заболевание чаще встречается у женщин (примерно в 3 раза чаще, чем у мужчин), а также у лиц пожилого возраста.

Распространенность стомалгии среди пациентов с хроническими болевыми синдромами лица и полости рта, по разным данным, составляет от 14% до 26% [3,6,7]. Это заболевание чаще встречается у женщин (примерно, в 3 раза чаще, чем у мужчин), а также у лиц пожилого возраста. Среди лиц в возрасте от 35 до 50 лет заболеваемость встречается в 62%, случаев, среди молодого возраста от 22 до 35 лет – в 20%, в возрасте 50 лет – в 18% [6,8]. Заболевание, как правило, возникает внезапно и может продолжаться от 1-2-х недель до 20 лет и более [2,4,5].

Парестетический феномен СА (клиническую феноменологию см. далее) крайне вариателен по распространенности [1,4], только в области языка (в области кончика языка или захватывает всю или большую поверхность языка) [2,6,8], в области слизистой оболочки протезного ложа [3,8], во всех отделах полости рта [4], сочетание СА с парестезиями других слизистых оболочек (глотки, гортани, пищевода, влагалища, прямой кишки) или кожи (лица, затылка, груди и др.). На основе субъективных ощущений больного выделяют [1] легкую СА (нерезко выраженные парестетические ощущения) [2,7], СА средней тяжести (более

выраженные парестетические ощущения) [3,4], тяжелую СА (жгучие парестетические и болевые ощущения).

Согласно существующему в настоящее время мнению, стомалгия считается полиэтиологичным заболеванием, протекающим на фоне сопутствующей патологии различных систем и органов и наличия в полости рта воспалительных и местнотравмирующих факторов [4]. Одни ученые основное внимание в развитии стомалгии уделяли психологическим и психосоциальным расстройствам [2,5]. Другие – дисфункции центральных ядер вегетативной нервной системы и их связей с корой головного мозга [1,6].

Цель исследования

Оценка значения стоматологических и нейропсихологических нарушений в диагностике и лечении стомалгии.

Материал и методы

В исследовании принял участие 101 человек, страдающий стомалгией, в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст 50 лет), из них 57 женщин и 44 мужчины. Контрольная группа – 30 здоровых лиц сопоставимого пола и возраста.

Результаты исследования

Более 30% больных жаловались на сухость в полости рта (ксеростомия), в связи с чем нарушались речь и сон из-за необходимости ночью полоскать рот водой. Беспокоило чувство набухания, тяжести в языке, 20% пациентов при разговоре щадили язык от лишних движений. При приеме пищи болезненные ощущения, как правило, исчезали. Кроме того, пациенты предъявляли жалобы на жжение языка (82%), пощипывание в нем (35%), чувство «ошпаренного языка» (5%) или «бегущего ручейка» (3%). У 10% больных возникали жалобы на трещины,

пузырьки, язвочки при отсутствии их на момент осмотра, а также на кажущееся увеличение языка, его тугоподвижность (5%). Наиболее неприятные ощущения локализовались на кончике языка (39%), реже на слизистой оболочке неба (23%), красной кайме губ (21%), корне языка (11%). Болевые проявления отмечались на обеих сторонах у 92% пациентов, у 10% было одностороннее поражение. Ощущения одного вида выявлены у 49% опрошенных, а их различные сочетания у 50%. Болевые ощущения, как правило, не имели четких границ, носили непостоянный характер, исчезали во время еды. Интенсивность боли менялась: ослабевала утром, усиливалась к вечеру, при продолжительном разговоре, а также при нервном возбуждении. Жалобы на неприятные вкусовые ощущения (кислое и горько-соленое) предъявляли 12% больных.

Длительность заболевания составляла от 2-х месяцев до 15 лет. Наибольшее число больных (46%) страдали стомалгией от 2-х до 11 месяцев, 22% – от 1-го года до 2-х лет, 24% – от 3-х до 5 лет; 8% – 5 лет и более. У подавляющего большинства заболевание носило рецидивирующий характер. При этом во время обострения болевые ощущения усиливались и носили постоянный характер. Среди причин возникновения рецидива были как местные, так и общие факторы: некачественное протезирование (у 48%), удаление зуба (у 35%), которые сочетались с соматическим отягощением, нервно-психическими перенапряжениями, заболеваниями центральной и периферической нервной системы. Возникновение рецидива у 18% пациентов было связано с нервным перенапряжением: смертью родных и близких, конфликтами в быту.

При объективном обследовании СОР выявлялась отечность и складчатость языка, бледная, анемичная слизистая оболочка, десквамация эпителия и гипертрофия желобоватых сосочков языка. У 55% обследованных язык был покрыт серым налетом, локализующимся ближе к корню, у 36% отмечалось усиление сосудистого рисунка на вентральной поверхности языка с неравномерным расширением и извитостью вен.

У 30% больных стомалгией прослеживалась связь с патологией зубочелюстной системы. Неосложненный кариес выявлен у 87%, заболевания пульпы и периодонта – у 60%, патология тканей пародонта – у 62%, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава – у 7%, нарушение функции протезов – у 20%.

К каждому пациенту подходили дифференцированно, подбирая индивидуальную схему лечения. Начинали с тщательной санации полости рта, при необходимости проводили рациональное протезирование, с нормализацией высоты прикуса. Следует отметить, что у 68%

больных замена протеза не привела к полному исчезновению стомалгии, а лишь облегчила её течение.

Показатели теста САН до лечения у 78% больных стомалгией были снижены и составляли $3,5 \pm 0,04$ балла. После проведенного курса криотерапии с применением подвижных автономных аппликаторов у всех пациентов основной группы нормализовались самочувствие, активность, настроение, а значения теста САН колебались от 4,5 до 5 баллов. У лиц группы сравнения, у которых не удалось полностью купировать болевые ощущения традиционными методами, показатели САН остались прежними при средних значениях $3,6 \pm 0,05$ балла.

В процессе исследований выявлена достоверная взаимосвязь субъективного показателя ПИБ с содержанием адреналина в слюне до и после лечения: средние значения ПИБ составляли соответственно $3,7 \pm 0,04$ и $0,8 \pm 0,01$ балла, а уровень адреналина изменился с $1,7 \pm 0,06$ до $1,2 \pm 0,08$ ммоль/л. Следовательно, показатель индекса боли можно применять в клинике для оценки обезболивающего эффекта криотерапии с высокой степенью информативности. В группе сравнения уменьшение ПИБ было незначительное.

При изучении капиллярного кровотока СОР у больных со стомалгией выявлено нарушение микроциркуляции ($10,9 \pm 0,44$ п.е.), которое восстанавливалось уже после 2-3-х криоаппликаций и стабилизировалось при завершении курса криотерапии, что подтверждалось ПМ ($14,09 \pm 0,56$ п.е.).

Для оценки эффективности терапии разработан комплекс критериев на основе результатов исследования. Лечебный эффект расценивался как «хороший»: САН = 4,5-5 баллов; ПИБ = 0-0,5 балла; ПМ достоверно изменялся до 14 п.е., то есть отмечался значительный прирост капиллярного кровотока. Критериями «удовлетворительного» лечебного эффекта были: САН = 4,5-5 баллов; ПИБ = 0,6-1,0 балл; ПМ достоверно изменялся до 13 п.е., то есть отмечался прирост капиллярного кровотока до нормы.

Результаты криолечения стомалгии в динамике (табл.) показали, что наибольшее число безуспешных результатов было в группе сравнения с традиционным лечением в начальные (ближайшие) сроки наблюдения. Высокий процент рецидивов (92%) можно объяснить тем, что в короткий временной интервал пациенты не успевали пройти полное обследование и завершить за 2 месяца комплексную терапию, включающую тщательную санацию полости рта, рациональное протезирование, привыкание к съемным протезам, прием лекарственных препаратов, лечение у невролога и других специалистов. В отдаленные сроки встречаемость рецидивов в данной

группе уменьшалась (соответственно 58 и 65%), а эффективность лечения увеличивалась, не достигая, однако, показателей основной группы в

аналогичные сроки. Во все периоды наблюдения удовлетворительных результатов было в 1,5-2 раза больше, чем хороших.

Таблица

Отдаленные результаты лечения стомалгии в динамике

Метод лечения	Срок наблюдения	Лечебный эффект, %		
		хороший	удовлетворительный	рецидив
Традиционное	ближайшие (2 мес.)	2	6	92
	отдаленные (до 2-х лет)	16	26	58
	отдаленные (до 5 лет)	12	23	65
Криотерапия	ближайшие (2 мес.)	46	54	0
	отдаленные (до 2-х лет)	46	32	22
	отдаленные (до 5 лет)	68	19	13

У пациентов основной группы при использовании низких температур в комплексном лечении стомалгии наблюдался стойкий положительный результат и отсутствие рецидивов в ближайшие сроки, а лечебный эффект оценивали как хороший (46%) и удовлетворительный (54%). При этом большинство больных отмечали исчезновение боли уже после 2-3-й процедуры, улучшение общего самочувствия, восстановление вкусовых ощущений, легкость и подвижность языка, отсутствие налета. В отдаленные сроки регистрировалось увеличение количества хорошего и удовлетворительного лечебного эффекта в целом с 78 (2 года) до 87% (5 лет) с превалированием хороших результатов. В основной группе в более поздние сроки количество рецидивов уменьшилось с 22 (2 года) до 13% (5 лет). Эти пациенты в этот период указывали на появление новых стрессовых ситуаций, а также нуждались в рациональном протезировании, замене съемных протезов. Несколько человек с упорным течением болевого синдрома проходили лечение под наблюдением врача-психиатра.

Неоспоримым преимуществом метода криоаналгезии с применением неповреждающих доз жидкого азота и автономных аппликаторов из проникаемого мелкопористого TiNi сплава является то, что лечение можно проводить в поликлинических условиях либо на дому, при этом не требуется дорогостоящего оборудования и препаратов, не ухудшается состояние больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Метод позволяет добиться более выраженного снижения или исчезновения болевого синдрома у пациентов в более короткий промежуток времени и достичь длительной и стойкой ремиссии. Используя методику криоаналгезии у больных стомалгией, для стабилизации эффекта желательно поставить пациента на диспансерный учет с регулярными контрольными осмотрами и своевременной коррекцией возникающих нарушений с целью профилактики рецидивов.

Выводы

1. Этиологическими факторами развития

стомалгии наиболее часто являются стоматологические вмешательства, кариес, пародонтит, периодонтит, окклюзионные нарушения, частичное отсутствие зубов, дисфункция мышц челюстно-лицевой области и височно-нижнечелюстного сустава, которые при стомалгии выявлялись достоверно чаще, чем у лиц контрольной группы, что свидетельствует о первичности стоматологического фактора в происхождении стомалгии.

2. Нейропсихологическое тестирование при стомалгии у 83,5% больных выявило дисфункцию в психоэмоциональном фоне: аффективные нарушения! в виде депрессии и тревоги, уровень, которых был достоверно выше у больных, чем у здоровых лиц, повышенные уровни тревоги, депрессии и ипохондрии, сочетание различных степеней которых обусловило развитие у 53,3% сенесто-ипохондрического, а у 46,7% депрессивного синдрома.

3. Показатели условной негативной волны в виде повышения поздней и постизометрической негативной волны и снижения ранней волны доказывают при нейрофизиологическом обследовании нейродисфункцию стволовых медиаторных систем при стомалгии. Изменения параметров УНВ связаны с психопатологическими расстройствами: отмечена прямая зависимость между уровнем, депрессии и поздней волной и постизометрической негативной волной и обратная – между уровнем ранней волны.

4. Применение на фоне санации полости рта и зубного протезирования, комплексной терапии с использованием антидепрессантов (леривон), физиотерапии, транскраниальной стимуляции и психотерапии нормализует функционирование активирующих систем мозга (по данным анализа условной негативной волны), и психологическое состояние больных (по данным психодиагностического тестирования); способствуют устранению симптомов стомалгии.

5. Более высокую эффективность по влиянию на боль и психопатологические проявления по сравнению с традиционным лечением обеспечивает

предложенная методика комплексной терапии с использованием антидепрессанта леривона и транскраниальной стимуляции при стомалгии.

Литература

1. Аванесян Р.А. Нейрофункциональные методы терапии (биологическая обратная связь) в комплексном лечении невралгии тройничного нерва: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 18 с.

2. Вагапов М.М. Нарушения со стороны нервной системы, возможные у пациентов при стоматологическом лечении причины и профилактика: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 24 с.

3. Гаврилюк А.В. Применение транскраниальной магнитной стимуляции в комплексе лечения болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011. – 20 с.

4. Гандылян К.С. Хронические непароксизмальные прозопалгии: клиника, диагностика, лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2011. – 41 с.

5. Куприянова О.Н. Клинические и морфофункциональные особенности лицевых болей у пациентов с дисплазией соединительной ткани: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2007. – 47 с.

6. Штамм А.М. Невралгия тройничного нерва при дисплазии соединительной ткани (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 20 с.

7. Lundy E.F., Al-Hashimi I., Rees T.D. et al. Evaluation of major parotid glycoproteins in patients with burning mouth syndrome // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 1997. – Vol. 83, №2. – P. 252-258.

8. Psatta D.M., Matei M. Cerebral evoked potentials in chronic vertebrobasilar insufficiency // J. Neurol. Psychiatr. – 1993. – Vol. 31. – P. 221-238.

Цель: оценка значения стоматологических и нейропсихологических нарушений в диагностике и лечении стомалгии. Материал и методы: в исследовании принял участие 101 человек, страдающий стомалгией, в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст 50 лет), из них 57 женщин и 44 мужчины. Контрольная группа – 30 здоровых лиц сопоставимого пола и возраста. Результаты: применение на фоне санации полости рта и зубного протезирования, комплексной терапии с использованием антидепрессантов (леривон), физиотерапии, транскраниальной стимуляции и психотерапии нормализует функционирование активирующих систем мозга (по данным анализа условной негативной волны), и психологическое состояние больных (по данным психодиагностического тестирования); способствуют устранению симптомов стомалгии.

Выводы: более высокую эффективность по влиянию на боль и психопатологические проявления по сравнению с традиционным лечением обеспечивает предложенная методика комплексной терапии с использованием антидепрессанта леривона и транскраниальной стимуляции при стомалгии.

Ключевые слова: орофациальная боль, стомалгия, регионально-интегративная терапия.

РЕЗЮМЕ. При изучении анамнеза больных, результатов эндоскопических исследований, лабораторных и клинических данных выявлена фоновая висцеральная патология. Так, у 88% обследованных диагностированы заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический атрофический гастрит, хронический холецистит, панкреатит, колит, дисбактериоз), изменения со стороны нервной системы (цереброваскулярная патология, остеохондроз шейного отдела позвоночника, диабетическая полинейропатия) отмечались у 67% пациентов. Значительную часть (53%) составили больные с функциональными нарушениями нервной системы. Наиболее часто они проявлялись в виде астенических синдромов, нередко (9%) к астенической симптоматике присоединялись явления канцеро- и кандидофобии. Заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, миокардиодистрофия, гипертоническая болезнь) имели 51% пациентов. Железодефицитной анемией страдали 3% обследованных, причем у всех больных она протекала на фоне хронического гастрита с пониженной секреторной функцией желудка. Эндокринные заболевания (патология щитовидной железы, сахарный диабет) выявлены у 8% пациентов.

SUMMARY. On the basis of methodology of system approach, kliniko-neurologic and kliniko-stomatologic researches, mechanisms of development of orofacial pain, burning mouth syndrome and system of regional-integrative therapy which includes elimination of a source of pain and restoration of the damaged fabrics of orofacial regions, braking of carrying out a painful impulsation on peripheral and central structures of nervous system, impact on psychological components of pain with application of psychotropic pharmacological drugs, use of psychotherapy and non-drug methods (reflexotherapy) are presented to the author's information theory of pain.

Key words: orofacial pain, burning mouth syndrome, regional-integrative therapy.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТОВ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА



Саматов У.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Одним из важных направлений развития геронтологии и стоматологии является новое научное направление – геростоматология. В связи с ростом доли пожилых людей среди населения большинства развитых стран мира увеличивается также их число среди пациентов стоматологической практики.

Лечение воспаления пульпы зуба занимает важное место в современной стоматологии. Больные пульпитом составляют 14-20% и более от общего числа больных стоматологического профиля. Среди методов лечения пульпита особого внимания заслуживает биологический, который позволяет сохранить жизнеспособность пульпы зуба при обратимых формах пульпита. Между тем, известная ограниченность применения методов сохранения жизнеспособности пульпы зуба обусловлена пока еще недостаточным владением большинством врачей техникой метода и трудностью своевременной диагностики ранних стадий воспаления пульпы из-за весьма быстрого развития в ней альтернативных процессов. Поэтому в последние годы усилия исследователей направлены на совершенствование методик ранней и дифференциальной диагностики обратимых форм пульпитов, а также на разработку новых препаратов и лекарственных композиций для патогенетического лечения воспаления пульпы зуба.

С помощью новых методов исследования, таких как лазерная доплерометрия, автордиография с использованием маркеров клеток с уменьшенной напряженностью кислорода, биохимических методов, показана важная роль нарушений микроциркуляции и возникновения клеточной гипоксии в патогенезе пульпита. В свете последних научных данных об этиопатогенетических аспектах пульпита отечественными и зарубежными исследователями предложен ряд препаратов для фармакологической коррекции воспалительных изменений в пульпе зуба и стимуляции в ней репаративных процессов.

Цель исследования

Выявление возрастных особенностей клинического течения различных форм пульпита и оценка эффективности его лечения с помощью комбинированных методов у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы

Всего под наблюдением находились 324 больных с различными формами пульпита в возрасте от 45 до 65 лет. Практически здоровыми из них было всего 11 человек. Все остальные страдали различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы в стадии компенсации. Включение в состав наблюдаемого контингента лиц с такой патологией явилось вынужденной мерой. Лица старше 45 лет обычно отягощены самыми разнообразными заболеваниями, что, естественно, будет сказываться на результатах лечения пульпита. Поэтому была выделена группа примерно с сопоставимой общей патологией. Из заболеваний ротовой полости, кроме пульпита, у них допускалось наличие в полости рта не более 2-3-х запломбированных кариозных зубов, а также протезов, замещающих 1-2 отсутствующих зуба.

Результаты исследования

Как показывают наши наблюдения, существенное влияние оказывает состав лечебной пасты. Так, при консервативном методе с использованием цинк-оксид-эвгеноловой пасты положительный результат в ближайшие сроки составил $85,71 \pm 4,7\%$ ($p < 0,05$), в отдаленные – $90,91 \pm 4,09\%$ ($p < 0,05$), а в группе, где применялся мафенид ацетат – соответственно $95,89 \pm 2,32$ ($p < 0,05$) и $97,10 \pm 2,02\%$ ($p < 0,05$). При этом характер осложнений в обеих группах был однотипен, различия заключались лишь в частоте их проявлений. Осложнения наблюдались чаще в сроки от 2-х дней до 1-го месяца в виде остаточного пульпита (непосредственные наблюдения) в $6,67 \pm 4,47\%$ в контрольной группе и в $5,19 \pm 2,42\%$ в группе, где использовался мафенид ацетат, или были связаны с дефектом пломбы (ближайшие

наблюдения) – соответственно $4,28 \pm 6,72$ и $4,1 \pm 2,22\%$. Во всех группах результаты были статистически достоверными ($p < 0,05$).

Анализ осложнений, проведенный нами в отдаленные сроки, показал, что они проявлялись в виде хронического периодонтита или его обострения: в $16,67 \pm 9,21\%$ в контрольной ($p > 0,05$) и в $4,29 \pm 2,32\%$ ($p < 0,05$) в группе с применением мафенида ацетата.

Согласно нашим наблюдениям, результаты лечения острого пульпита консервативным методом и витальной ампутацией связаны с общим состоянием организма и формой воздействия на пульпу. В группах, где использовалась цинк-оксид-эвгеноловая паста, при консервативном методе положительные результаты получены у $62,5 \pm 5,38\%$ ($p > 0,05$) больных, при витальной ампутации – у $70 \pm 5,53\%$ ($p > 0,05$), а при использовании лечебного комплекса – соответственно у $79,5 \pm 4,02\%$ ($p < 0,05$) и $86,98 \pm 3,69\%$ ($p < 0,05$).

Выводы

1. Анализ распространенности, частоты и структуры заболеваемости пульпитом у лиц разных возрастных групп позволил выявить зависимость встречаемости различных форм острого и хронического пульпита от возраста пациентов.

2. Несмотря на то, что хронические формы пульпита преобладали во всех возрастных группах, частота встречаемости острых форм пульпита резко снижалась с возрастом: у пациентов пожилого и старческого возраста хронические формы пульпита встречались в 4,5-5 раз чаще, чем острые, обострения хронического пульпита также чаще наблюдались у лиц пожилого возраста.

3. Ближайшее и отдаленное наблюдение за состоянием здоровья пациентов молодого, среднего, пожилого и старческого возраста, получавших лечение по поводу различных форм пульпита общепринятым методом и с использованием импульсных лазеров, показало, что лазеротерапия обеспечивает устойчивый положительный эффект, который проявлялся в достоверном снижении частоты осложнений и рецидивов заболевания.

Литература

1. Алимский А.В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста // Стоматология для всех. – 2000. – №2. – С. 46-49.

2. Борисова Е.Н. Кариес и заболевания пародонта у лиц пожилого и старческого возраста при частичной вторичной адентии // Стоматология. – 2001. – Т. 1. – С. 138-140.

3. Борисова Е.Н. Совокупность факторов, способствующих полной утрате зубов к пожилому

и старческому возрасту // Рос. стоматол. журн. – 2000. – №3. – С. 22-26.

4. Виллерсхаузен-Цённхен Б., Глейсснер С. Заболевания пародонта у пожилых пациентов // Клин. стоматол. – 1998. – №2. – С. 56-64.

5. Виллерсхаузен-Цённхен Б., Глейсснер С. Изменения тканей ротовой полости в пожилом // Клин. стоматол. – 2000. – №3. – С. 58-63.

Цель: выявление возрастных особенностей клинического течения различных форм пульпита и оценка эффективности его лечения с помощью комбинированных методов у лиц пожилого и старческого возраста. Материал и методы: под наблюдением были 324 больных с различными формами пульпита в возрасте от 45 до 65 лет. Практически здоровыми из них было всего 11. Все остальные страдали различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы в стадии компенсации. Результаты: при анализе распространенности, частоты и структуры заболеваемости пульпитом у лиц разных возрастных групп обнаружена зависимость встречаемости различных форм острого и хронического пульпита от возраста пациентов. Так, частота встречаемости острых форм пульпита резко снижалась с возрастом: у пациентов пожилого и старческого возраста хронические формы пульпита встречались в 4,5-5 раз чаще, чем острые, обострения хронического пульпита чаще наблюдались у лиц пожилого возраста. Выводы: применение лазеротерапии обеспечивает устойчивый положительный эффект, который проявлялся в достоверном снижении осложнений и рецидивов заболевания.

Ключевые слова: старческий возраст, пульпит, кариес, фтор, корневой канал.

Objective: To identify the age-related characteristics of the clinical course of various forms of pulpitis and to evaluate the effectiveness of its treatment using combined methods in elderly and senile people. Material and methods: 324 patients with various forms of pulpitis at the age from 45 to 65 years were under observation. There were only 11 practically healthy of them. All the rest suffered from various diseases of the cardiovascular system in the stage of compensation. Results: When analyzing the prevalence, frequency and structure of the incidence of pulpitis in individuals of different age groups, the dependence of the incidence of various forms of acute and chronic pulpitis on the age of patients was found. Thus, the incidence of acute forms of pulpitis sharply decreased with age: in elderly and senile patients, chronic forms of pulpitis were found 4.5-5 times more often than acute, exacerbations of chronic pulpitis were more often observed in elderly people.

Conclusions: The use of laser therapy provides a stable positive effect, which manifested itself in a significant reduction in complications and relapses of the disease.

Key words: senile age, pulpitis, caries, fluoride, root canal.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-07>
УДК: 616.314.17.-008.1:615.33

ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА АНАСЕПГЕЛЬ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ



Саматов У.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Воспалительные заболевания пародонта, которые занимают ведущее место по частоте и распространённости среди стоматологических заболеваний, приводят к значительному снижению функциональных возможностей зубочелюстной системы, являясь основной причиной потери зубов, оказывают негативное влияние на состояние всего организма в целом, ухудшая показатели здоровья и качества жизни человека. В последние годы проблема заболеваний пародонта приобретает особую актуальность в связи с неуклонным ростом этой патологии, особенно у лиц молодого и среднего возраста. Полиэтиологичность и большое количество факторов риска в возникновении воспалительных заболеваний пародонта создают трудности в диагностике, прогнозировании течения и лечении данных заболеваний.

Лечение воспалительных заболеваний пародонта является одной из наиболее актуальных проблем стоматологии. Этим и объясняется целесообразность местного применения анаэробиицидных препаратов в лечении воспалительных заболеваний пародонта. На сегодняшний день золотым стандартом анаэробиицидных средств является метронидазол, который проявляет высокую эффективность при воспалительных заболеваниях пародонта, особенности в сочетании с хлоргексидином. Гель для десен Анасепгель – единственный препарат в готовом к стоматологическому применению виде, который содержит метронидазол 1% и хлоргексидин 0,25% в стабильных концентрациях.

Цель исследования

Оценка эффективности комплексного лечения пародонтита у больных с помощью современного препарата Анасепгеля.

Материал и методы

Под наблюдением находились 124 пациента обоего пола в возрасте 20-45 лет с начальными стадиями воспалительных заболеваний пародонта: хронического генерализованного катарального гингивита и хронического генерализованного

пародонтита легкой степени без выраженной соматической патологии или в стадии ремиссии.

Результаты исследования

После проведения курса лечения по поводу воспалительных заболеваний пародонта у пациентов основной и контрольной групп наблюдалось улучшение индексов: гигиены, РМА, ПИ, уменьшение степени кровоточивости, глубины пародонтальных карманов по сравнению с данными до начала терапии.

У больных основной группы лечебно-профилактический эффект был более выражен и получен быстрее (за 6-7 сеансов). Отсутствие признаков воспаления наблюдалось у 63 (98%) пациентов основной группы, что подтверждалось положительной динамикой пародонтальных индексов, стоматоскопическим определением отсутствия воспаления и значительного уменьшения степени потери эпителиального покрова. Отсутствие воспаления в данной группе было зарегистрировано у 7 (11,6%) пациентов, у остальных больных воспалительные явления сохранялись на отдельных участках пародонта.

Выводы

1. Комплексное влияние на воспалительные заболевания пародонта обеспечивает комбинация антибактериальных, противовоспалительных, ранозаживляющих, обезболивающих эффектов в Анасепгеле, что позволяет применять их при острых и обострении хронических процессов в тканях пародонта.

Цель: оценка эффективности комплексного лечения пародонтита у больных с помощью современного препарата Анасепгеля. **Материал и методы:** под наблюдением были 124 пациента обоего пола в возрасте 20-45 лет с начальными стадиями хронического генерализованного катарального гингивита и хронического генерализованного пародонтита легкой степени без выраженной соматической патологии или в стадии ремиссии. **Результаты:** после курса лечения у пациентов основной и контрольной

групп наблюдалось улучшение индексов: гигиены, РМА, ПИ, уменьшение степени кровоточивости, глубины пародонтальных карманов по сравнению с данными до начала терапии. При этом лечебно-профилактический эффект был более выражен у больных основной группы. Выводы: при применении анасепгеля стойкий терапевтический эффект возникает в более короткие сроки по сравнению с традиционными средствами.

Ключевые слова: анасепгель, воспалительные заболевания пародонта, гингивит, пародонтит, традиционная терапия.

Maqsad: zamonaviy Anasepgel preparati yordamida bemorlarda periodontitni kompleks davolash samaradorligini baholash. Materiallar va usullar: aniq somatik patologiyasiz yoki remissiya holatida surunkali umumiy kataral gingivit va surunkali generalizatsiyalangan periodontitning dastlabki bosqichlari bo'lgan 20-45 yoshdagi har ikki jinsdagi 124 bemor kuzatuv ostida edi. Natijalar: davolash kursidan so'ng asosiy va nazorat guruhleri bemorlari indekslar yaxshilanganligini ko'rsatdilar: gigiena, PMA, PI, qon ketish darajasining pasayishi, periodontal cho'ntaklar chuqurligi boshlanishidan oldin ma'lumotlarga nisbatan. terapiya. Shu bilan birga, terapevtik va profilaktik ta'sir asosiy guruhdagi

bemorlarda ko'proq sezilgan.

Xulosa: anasepgeldan foydalanganda barqaror terapevtik ta'sir an'anaviy vositalar bilan taqqoslaganda qisqa vaqt ichida sodir bo'ladi.

Kalit so'zlar: anasepgel, yallig'lanishli periodontal kasalliklar, gingivit, periodontit, an'anaviy terapiya.

Objective: To evaluate the effectiveness of complex treatment of periodontitis in patients with the help of the modern drug Anasepgel. Material and methods: 124 patients of both sexes aged 20-45 years with the initial stages of chronic generalized catarrhal gingivitis and chronic generalized periodontitis of mild degree without pronounced somatic pathology or in remission were under observation.

Results: After the course of treatment, the patients of the main and control groups showed an improvement in the indices: hygiene, PMA, PI, a decrease in the degree of bleeding, the depth of periodontal pockets in comparison with the data before the start of therapy. Moreover, the therapeutic and prophylactic effect was more pronounced in the patients of the main group. Conclusions: When using anasepgel, a stable therapeutic effect occurs in a shorter time compared to traditional means.

Key words: anasepgel, inflammatory periodontal diseases, gingivitis, periodontitis, traditional therapy.

Хирургическая стоматология

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-08>

УДК: 616.314-089.28/29:616.314.17-008.1-003.93

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ЛЕЧЕНИЕ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ



Саби́ров Э.Э., Боймура́дов Ш.А.

Ташкентская медицинская академия

На сегодняшний день на первый план выходит проблема эстетики в стоматологии, и одной из важных задач пародонтальной пластической хирургии являются устранение и профилактика возникновения рецессии десны. Пародонтальная пластическая хирургия становится приоритетным направлением. Возможности пародонтальной хирургии все более расширяются с появлением усовершенствованных хирургических методик и средств, стимулирующих репаративные процессы мягких тканей [4].

Неотъемлемой частью современной пародонтологии являются хирургические вмешательства, такие как лоскутные операции, пластика уздечек и тяжелой слизистой оболочки полости рта, коррекция размеров преддверия полости рта, закрытие рецессии десны, увеличение объема кератинизированной десны [2,3].

Существует несколько теорий возникновения рецессии десны, в которых рассматриваются как генетические факторы (I), так и влияние экзогенных раздражителей (II). Одной из наиболее популярных теорий является генетическая (Dieter Dr., Lange E., 1999).

I. Гингиво-альвеолярная атрофия возникает первично после прорезывания зубов, т.к. генетически закладывается неправильное соотношение размеров, формы (признаков искривления) корней по отношению к толщине кости альвеолярного отростка челюсти. После прорезывания зубов под слизистой оболочкой образуются клинически не выявленные участки костной резорбции, а также свищевые ходы над корнями. В период функционирования зуба и с возрастом у пациента наступает истончение десневой связки, возникают трофические

нарушения, которые особенно увеличиваются при растягивании связок и при недостаточном объеме прикрепленной десны. Одним из неблагоприятных анатомических факторов является нарушение анатомии коронки зуба, при котором экваториальная часть не выражена и близка по объему к пришеечной его части. В результате неправильного перераспределения жевательного давления на коронку зуба пришеечная поверхность и связочный аппарат зуба испытывают повышенную нагрузку.

II. Теория возникновения рецессии под влиянием экзогенных факторов учитывает влияние ортопедических конструкций на пародонта (Maynard and Wilson, 1979), влияние ортодонтических аппаратов (Maynard and Ochenbein, 1975), натяжение слизистых тяжей и уздечки, мелкого преддверия полости рта, скученности зубов. Такие вредные привычки как держание ручки или карандаша, сосание языка и его переднее положение (инфантильный тип глотания), которое нередко сохраняется с раннего возраста, также могут влиять на состояние тканей пародонта. При такой ситуации язык упирается в язычную поверхность десны нижних резцов, что приводит к рецессии и последующему воспалению в этой области. Быстро прогрессирующие процессы в тканях пародонта, особенно при ювенильных формах, а также хирургическое лечение (кюретаж, лоскутные операции и др.) могут способствовать десневой рецессии. Глубокое резцовое перекрытие может являться также важным фактором, который приводит к обнажению шеек и корней зубов, т.к. данное состояние может способствовать механической травме маргинального края, особенно в области небной поверхности верхних резцов и вестибулярной поверхности нижних резцов.

Цель исследования

Изучение современного этиопатогенеза и оценка результатов хирургического лечения рецессии десны.

Материал и методы

Исследование проводили посредством контентанализа данных литературы с элементами структурного анализа. Объектом служили данные о современной методике ликвидации рецессии десны.

Результаты и обсуждение

Различные методики, предложенные для устранения косметических дефектов десны, были объединены термином «периодонтальная пластическая хирургия». Этот термин был предложен Миллером в 1969 г. Автор считает, что «периодонтальная пластическая хирургия – это целое направление в пародонтологии, использующее хирургические методы для коррекции анатомических или травматических деформаций десны и альвеолярной кости». На

сегодняшний день прогноз десневой пластики считается благоприятным в отношении рецессии 1-го и 2-го классов. Хирургические операции для закрытия дефектов 3-го и 4-го классов малоперспективны. В настоящее время в периодонтальной хирургии выделилось достаточно перспективное направление – методика направленной регенерации тканей (НТР) с использованием мембран, выполняющих барьерную функцию. НТР позволяет улучшить отдаленные результаты хирургических вмешательств за счет более совершенной трансформации кровяного сгустка под мембраной.

Еще одна группа хирургических методик стала применяться относительно недавно – использование матричных протеинов как факторов роста. К этой группе относится методика с использованием АллоДерма и Эмдогейна. Исследования матричных протеинов находятся на ранних этапах. Первые клинические испытания были проведены в 1991 г. Следует отметить, что в ходе периодонтальной регенерации происходит восстановление альвеолярной кости, цемента и периодонтальной связки зуба (Американская академия пародонтологии, 1993).

По данным В. Lange, Loe (1972), ширина кератинизированной десны должна быть не менее 2 мм. В 80-х годах к основным методикам, используемым для увеличения объема кератинизированной десны, причисляли вестибулопластику и десневой аутоотрансплантат. На сегодняшний день для увеличения объема кератинизированной десны используются различные процедуры.

N. Sato в 2000 г., резюмируя опыт ряда авторов, перечисляет следующие процедуры, способствующие увеличению объема кератинизированной десны: 1) расщеплено апикально направленный лоскут; 2) перемещение полностью или частично расщепленного лоскута: латерально направленный; двойной сосочковый; множественный межзубный сосочковый лоскут; 3) свободный тканевой аутоотрансплантат: десневой трансплантат с неба; подэпителиальный; аллотрансплантат – АллоДерм; 4) пластика уздечки и преддверия полости рта.

P.D. Miller, H.E. Grupe, R.G. Cafesse, S. Nyman (1982) указывают в своих статьях, что для выбора метода десневой пластики необходимо учитывать следующие параметры: количество зубов, ограничивающих область рецессии, ширину и глубину рецессии, расположение рецессии в области моляров. N. Sato [5] дополняет этот перечень несколькими условиями: объемом и толщиной кератинизированной десны, граничащей с областью рецессии, соотношением между высотой междесневых сосочков, примыкающих к области рецессии, местоположением рецессии к области улыбки, необходимостью десневой пластики после

реставрации или ортопедического лечения зубов. J.L. Wennstrom (1981) дополняет этот перечень тем, что в случае перемещения вертикальных лоскутов размер прилегающих десневых сосочков должен быть достаточным для успешной десневой пластики.

Специалисты ссылаются на разнообразные параметры, подтверждающие успешный результат десневой пластики. Однако, по данным Zucchelli и соавт. (2000), множественные рецессии десны встречаются в клинической практике значительно чаще, чем одиночные [1]. В случае множественных рецессий десны (МРД) аваскулярная поверхность корней является более обширной, что наряду с тонким биотипом десны, узкой зоной прикрепленной кератинизированной десны (ПКД) и выступающими поверхностями корней зубов, усложняет выбор хирургической методики лечения.

Langer (1985) впервые применил хирургическую методику, при которой ССТ перекрывают расщепленным лоскутом. Недостатком коронально смещенного лоскута являлась необходимость выполнения вертикальных послабляющих разрезов, что негативно отражается на эстетическом результате. В дальнейшем Raetzke (1985) предложил технику «конверта» для закрытия одиночных рецессий, при которой ССТ укладывают в конверт, выполненный по методике коронально смещенного лоскута, но без проведения вертикальных послабляющих разрезов.

Allen (1994) описал применение данной методики при устранении множественных рецессий [1]. Zabelgui и соавт. (1999) разработали тоннельную технику, которая представляет собой соединение «множественных конвертов» с сохранением десневых сосочков. В 2002 г. Azzi описал модификацию данной методики: он предложил формировать слизисто-надкостничный тоннель через внутрибороздковые разрезы. В 2007 г. Otto Zuhrt предложил использовать модифицированную микрохирургическую тоннельную технику для устранения множественных рецессий. Модификация заключается в фиксации ССТ под частично расщепленным лоскутом с вестибулярной стороны. Достоинством этой методики является исключение не только вертикальных, но и горизонтальных разрезов, благодаря чему улучшается кровоснабжение ССТ из области десневого сосочка и прилегающих тканей [3].

В 2000 г. Zucchelli, De Sanctis описали методику одновременного устранения нескольких рецессий с помощью коронального смещения лоскута. Эта методика подразумевает отслаивание конвертного лоскута с применением латерального или фронтального доступа без вертикальных послабляющих разрезов, который затем смещают

в корональном направлении для устранения рецессий.

Выводы

1. Лучшие клинические результаты были достигнуты при закрытии рецессий во фронтальном отделе верхней челюсти: $91,1 \pm 18,8\%$ для модифицированной тоннельной методики и 100% в случаях применения коронально смещенного лоскута ($p < 0,01$).

2. При закрытии рецессий в области жевательной группы зубов были получены следующие результаты: $86,3 \pm 17,6\%$ в случаях применения коронально смещенного лоскута и $70,9 \pm 19,9\%$ – для модифицированной тоннельной методики ($p > 0,01$).

3. Применение критерия Краскела – Уоллиса для определения различий в группах пациентов с разными методами лечения показало, что метод коронально смещенного лоскута показал статистически лучший результат по критерию «уровень закрытия рецессии» ($p < 0,01$).

Литература

1. Грудянов А.И., Фоменко Е.В. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний. – М.: Мед. информ. агентство, 2016. – 96 с.
2. Коэн Э.С. Атлас косметической и реконструктивной хирургии пародонта/ Пер. А. Островского. – М.: Практ. медицина, 2011. – 512 с.
3. Смирнова С.С. Оптимизация лечения рецессии десны (экспериментально-клиническое исследование): Дис. ... канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2010. – 111 с.
4. Февралёва А.Ю., Давидян А.Л. Устранение рецессии десны. Планирование, современные методы лечения, прогноз. – М.: ПолиМедиа Пресс, 2007. – 152 с.
5. Sato N. Пародонтальная хирургия: клинический атлас. – Quintessence, 2000.

Цель: изучение современного этиопатогенеза и оценка результатов хирургического лечения рецессии десны. Материал и методы: Исследование проводили посредством контент-анализа данных литературы с элементами структурного анализа. Объектом служили данные о современной методике ликвидации рецессии десны. Результаты: сегодня прогноз десневой пластики считается благоприятным в отношении рецессии 1-го и 2-го классов. Хирургические операции для закрытия дефектов 3-го и 4-го классов малоперспективны. Выводы: целью этих операций является хороший эстетический результат и профилактика ряда нарушений в тканях пародонта, возникающих у пациентов с возрастом, после ортопедического или ортодонтического лечения, имплантации.

Ключевые слова: этиология, условия развития, рецессия десны.

Objective: To study modern etiopathogenesis and assess the results of surgical treatment of gum

recession. Material and methods: The research was carried out by means of content analysis of literature data with elements of structural analysis. The object was the data on modern techniques for eliminating gum recession. Results: Today the prognosis for gingival repair is considered favorable in relation to the recession of the 1st and 2nd grade. Surgical operations for the closure of defects of the 3rd and 4th classes are not very promising. Conclusions: The purpose of these operations is a good aesthetic result and prevention of a number of disorders in the periodontal tissues that occur in patients with age, after orthopedic or orthodontic treatment, and implantation.

Key words: etiology, developmental conditions, gum recession.

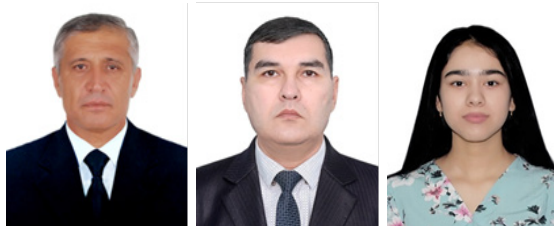
Maqsad: zamonaviy etiopatogenezni o'rganish va tish go'shtining retsessiyasini jarrohlik davolash

natijalarini baholash. Materiallar va metodlar: Tadqiqot tarkibiy tahlil elementlari bilan adabiyot ma'lumotlarini tarkibini tahlil qilish orqali amalga oshirildi. Ob'ekt saqichning turg'unligini yo'q qilishning zamonaviy texnikasi to'g'risidagi ma'lumotlar edi. Natijalar: bugungi kunda tish go'shtini tiklash prognozi 1 va 2-sinflar turg'unligiga nisbatan qulay hisoblanadi. 3 va 4-sinflarning nuqsonlarini yopish bo'yicha jarrohlik operatsiyalari unchalik istiqbolli emas. Xulosa: ushbu operatsiyalarning maqsadi yaxshi estetik natija va ortopedik yoki ortodontik davolanish va implantatsiyadan so'ng yoshi bor bemorlarda paydo bo'ladigan periodontal to'qimalarda yuzaga keladigan bir qator kasalliklarning oldini olishdir.

Kalit so'zlar: etiologiya, rivojlanish sharoitlari, saqich retsessiyasi.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-09>
УДК 616.716.4-002:616.314-085 ББК 12.03.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ.



Рахимов З.К., Назаров Ж.Э., Нематова Ф.Ф.

Бухарский Государственный медицинский институт.

Актуальность. Больные с гнойно-воспалительными заболеваниями и травмами челюстно-лицевой области составляют от 60 % до 90 % коечного фонда специализированных челюстно-лицевых стационаров наблюдается тенденция к росту числа больных с данной патологией. Несмотря на совершенствование методов лечения гнойно-воспалительных заболеваний и осложнений травм костей лицевого скелета; проблема гнойной инфекции в челюстно-лицевой хирургии продолжает оставаться актуальной. Важным патогенетическим звеном в развитии воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти является нарушение местной иммунной защиты, регионального кровообращения и иннервации в зоне перелома, ухудшение гигиены полости рта и нарушение жевательной функции.

Материалы и методы исследования:

Нами, для решения поставленной цели, все изучаемые больные были разделены на 2 группы. При этом одной группе больных проводилась традиционная терапия, в то время как во второй группе дополнительно к традиционной, было проведено специальное лечение.

К препаратам, используемым в традиционной

терапии входили: Фурацилин, Хлоргексидин, и Бицидумбактерин. В тоже время к препаратам используемым в качестве специальной терапии использовались: Cerrata, Sekstophag, Азитромицин и Florbiolact.

Для оценки эффективности использования лечебных препаратов, как в традиционном, так и специальном способе нами было проведено изучение количественных и качественных показателей флоры полости рта в динамике лечения (1-7-14-30 дней).

У большинства обследуемых больных с переломами нижней челюсти, нами также было изучено состояние колонизационной резистентности наиболее важных биотопов полости рта: десна, поверхность языка, щёки и нёба. Для этого первоначально были подготовлены гильзы с определенной площадью поверхности, после их стерилизации они были залиты высокоселективными питательными средами, помещены в чашки Петри и внесены в холодильник. При обследовании больных, этими гильзами прикасались к слизистым оболочкам биотопов полости рта, на 2-3 сек, а затем эти гильзы обратно помещали в чашки Петри, и затем их вносили в термостат при $t\ 37^{\circ}$ на 18-24 часа (рис).

По истечении указанных сроков инкубации чашки вынимали из термостата, доставали гильзы и производили подсчет выросших колоний, затем из этих колоний готовили мазки окрашивали по Грамму и изучали морфологию микроба. После чего изучая культурные и биохимические свойства, определяли вид микроба. Количество микробов выражали в $/M \pm m / KOE / cm^2$.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что на следующие сутки после традиционной терапии в полости рта у больных с переломами нижней челюсти отмечены дисбиотические сдвиги по всей изучаемой группе микробов.

Анализ состояние флоры полости рта у больных на 7 сутки после лечения показывает, что дисбиотические сдвиги имевшее место в полости рта на первые сутки, не только не улучшились, а наоборот еще более углубились.

Хотя, следует заметить, что отдельные позитивные сдвиги отмечены в количественных параметрах стрептококков. В то же время нельзя не отметить, что в полости рта стали высеваться патогенные штаммы стафилококков (*St. aureus*).

Микробиологические исследования на 14 сутки после традиционного лечения показывают, что по всем показателям флоры полости рта появились положительные сдвиги, особенно они, касаются анаэробной флоры и кокков. Хотя нельзя не отметить, что по грамотрицательной флоре наоборот отмечается отрицательная картина, то есть высеваемость увеличилась.

При этом анализ микробиологических исследований полости рта на 30 сутки, нас убеждает в том, что позитивные сдвиги, отмеченные на 14 сутки полностью сохраняются, а по некоторым показателям особенно это касается лактобактерий ещё более позитивны. Хотя следует заметить, что отрицательную картину мы имеем по высеваемости грибов рода *Candida*.

По всей видимости, в используемых нами лечебных препаратах отсутствует антифунгицидные свойства.

Следующую группу наших исследований составили больные с переломами нижней челюсти, в которой наряду с традиционной терапией было проведено специальное лечение. Материалы этих исследований показали, что уже на 7 сутки в полости рта у больных отмечаются позитивные сдвиги по всем изучаемым флорам. Следует заметить, что у этой группы больных на 7 день стали высеваться патогенные штаммы (*St. aureus*) стафилококков. Анализ микробиологических исследований у этих же больных на 14 сутки свидетельствует, о том, что позитивные сдвиги, которые отмечены на 7 сутки не только сохранились, но еще более улучшились.

У этих же больных получивших специальное лечение на 21 сутки картина дисбиоза фактически

ликвидирована по всем показателям. Отрадно отметить, эти позитивные сдвиги у больных с переломами нижней челюсти в полости рта отмечены и по отношению патогенных штаммов стафилококков и грибов рода *Candida*.

Интересно отметить, что у этих же больных после специального лечения на 30 сутки отмечается, что позитивные сдвиги во флоре полости рта имевший место на 21 сутки не только сохранились, но еще более углубились. По всей видимости, эти позитивные сдвиги произошли за счет использования эубиотиков общего и местного использования.

У всех обследуемых больных с переломами нижней челюсти, параллельно с микробиологическими исследованиями, нами проведены также изучение состояния местных факторов защиты полости рта. Материалы этих исследований представлены в таблице № 1,2, которые также изучены в динамике традиционного и специального лечения.

Как видно из таблицы № 1 после традиционного лечения, отмечается иммунодефицит по всем изученным параметрам. При этом иммунодефицит достоверно выражен на 1 и 7 сутки после лечения. Начиная с 14 дня традиционного лечения и особенно на 30 день отмечается существенное улучшение картины. Однако говорить о полном восстановлении показателей иммунодефицита не приходится.

В таблице № 2 приведены показатели местных факторов защиты полости рта у больных при переломах нижней челюсти в динамике специального лечения. Из таблицы видно, что иммунодефицит при этом наиболее достоверно выражен в сроки 1 и 7 сутки. Однако начиная с 14 дней идет существенное улучшение картины иммунодефицита по всем показателям. В тоже время у этих же больных на 30 сутки специального лечения, фактически все показатели местных факторов защиты полости рта стоят близко к контрольным цифрам.

Интересно отметить, что динамическое изменение состояния показателей местных факторов защиты полости рта у больных с переломами нижней челюсти, имеют прямую корреляцию с изменениями дисбиоза в полости рта как после традиционного так и после специального лечения.

Таблица № 1

Показатели местных факторов защиты полости рта у больных с переломами нижней челюсти в динамике традиционного лечения.

№	Показатели	Норма	У бол. с перелом.	В процессе лечения			
				1 д	7 д	14 д	30 д
1	Титр лизоцима мг%	18,5±0,3	11,6±0,2	12,1±0,1	11,5±0,1	12,2±0,1	15,1±0,1
2	Показатель фагоцитоза %	56,2±2,2	46,1±1,5	45,0±0,2	41,2±0,1	47,0±1,1	48,2±1,1
3	Уровень IgA г/л	2,2±0,1	1,4±0,1	1,3±0,1	1,2±0,1	1,5±0,1	1,6±0,1

Таблица № 2

Состояние местных факторов защиты у больных с переломами нижней челюсти при специальном лечении в динамике.

№	Показатели	Норма	У бол. с перелом	В процессе лечения			
				1 д	7 д	14 д	30 д
1	Титр лизоцима мг%	18,5±0,2	11,5±0,3	14,0±0,2	12,5±0,2	16,1±0,1	17,0±0,2
2	Показатель фагоцитоза %	56,2±2,1	45,3±1,5	48,1±1,2	41,0±1,1	51,2±1,4	54,0±1,3
3	Уровень IgA г/л	2,1±0,1	1,4±0,1	1,4±0,1	1,5±1,2	1,7±1,1	1,9±1,2



А) здоровые 1



Б) больные 2

Рис. Состояние местных факторов защиты полости рта у больных с переломами нижней челюсти

Наиболее интересные данные, полученные нами при исследовании коло-низационной резистентности микробов по биотопам полости рта таких как: десна, поверхность языка, щека и нёба у больных с переломами нижней челюсти.

По данным наших исследований установлено, что плотность микробной популяции в полости рта у здоровых людей, является основополагающей характеристикой сообщества и во многом зависит от топографии экологической ниши. При этом наибольшее значение отмечено в десне (4,20±0,3 КОЕ /см²), минимальное на слизистых оболочках нёба (1,25±0,1 КОЕ/см²).

При этом преобладающий по численности и видовому составу в биоценозе являлось грамположительная флора, которая колонизировала на 100% обследуемых, интересно отметить, что основную часть микрофлоры полости рта у здоровых лиц составили представители рода стрептококков, при этом доминирующим видом был *Str. salivarius*. Вполне очевидно, что изучение способности микробов к колонизации различных

биотопов в полости рта позволяет понять те интимные процессы, которые происходят в полости рта, которые видимо несомненно связаны с состоянием ротовой жидкости, а также от наличия специальных рецепторов в наших клетках, на которых специфически могут адгезироваться микробы.

Таким образом, на основании данных полученных по изучению состояния флоры, местных защитных факторов и способности микробов к колонизации в полости рта у больных с переломами нижней челюсти можно сделать следующие выводы:

1. У больных с переломами нижней челюсти в полости рта, отмечается дисбактериоз, при этом использование традиционной терапии у таких больных не позволяет полностью ликвидировать дисбиоз даже на 30 сутки.

2. В тоже время у больных с переломами нижней челюсти при проведении специального курса лечения, уже на 21 день даёт возможность почти полностью восстановить дисбиоз до контрольных цифр.

3. Интересно отметить, что полученные сведения как после традиционного, так и специального лечения имеют прямую корреляцию с изменениями дисбактериоза, иммунодефицита и колонизационной резистентности. Эти данные ещё раз свидетельствуют о единстве нашего организма в гомеостазе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чжан, Фан. Клинико-лабораторное обоснование эффективности иммобилизации нижней челюсти при переломах с использованием несъемной ортодонтической техники. Автореферат дисс. К.м.н., Санк-Петербург-2012.- 21 с.

2. Лепелин А.В., Патогенетические механизмы реактивного воспаления репаративного остеогенеза и осложнений при переломах нижней челюсти. Автореферат дисс. К.м.н., М-2018.-18 с.

3. Мухамедов И.М. «Клиническая микробиология в стоматологии». Учебное пособие, Т-2015- 49 с.

5. Rakhimov Z. K. and Nazarov J. S. E. Immunocorrection of post-traumatic inflammatory complications in patients with fractures of the lower jaw. World journal of pharmaceutical research Volume

9, Issue 9, 2020. P. 105-116.

Резюме: Вопросы этиологии, патогенеза, профилактики, диагностики и лечения гнойно-воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти остаются актуальными в наши дни. Интерес к этой теме не ослабевает, что объясняется частотой распространения гнойно-воспалительных осложнений, утяжеление их клинических проявлений и частым развитием этих болезней.

Ключевые слова: переломы нижней челюсти, микробная адгезия, колонизационная резистентность организма, сенсibilизация, дисбиоз.

Abstract: Issues of etiology, pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of pyoinflammatory complications in mandibular fractures remain relevant today. Interest in this topic does not wane, which is explained by the frequency of the spread of purulent-inflammatory complications, the aggravation of their clinical manifestations and the frequent development of these diseases.

Key words: fractures of the mandible, microbial adhesion, colonization resistance of the organism, sensitization, dysbiosis.

Ортопедическая стоматология

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-10>

УДК: 616.314-089-843 P32

КОСТНЫЕ ВЫСТУПЫ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ИЗОЛЯЦИИ С ПОМОЩЬЮ ДВОЙНЫХ БАЗИСОВ В СЪЕМНЫХ ПРОТЕЗАХ



Рузуддинов Н.С., Рузуддинов С.

Казахский национальный университет им. Аль-Фараби, Высший медико-стоматологический колледж проф. Рузуддинова

Люди теряют зубы в силу различных причин. В современной стоматологии полное протезирование выполняется двумя способами: имплантацией с последующим протезированием и восстановлением зубного ряда с помощью съемных протезов.

Имплантация – дорогостоящая процедура. Но иногда ее проведение невозможно вследствие клинической картины. Альтернативной остается съемный протез, доступный по цене, но требующий определенного периода адаптации [1,4]. Иногда из-за анатомических и возрастных особенности тканей ротовой полости полные протезы в функциональном отношении требуют улучшений. В практической деятельности врача отсутствует методический подход, учитывающий клиническое

состояние торуса и его чувствительность, а в последующем качественную изоляцию в протезе. Известно, что надо изолировать торус на съемном протезе [2]. Кроме того, из-за физико-механических свойств пластмассы базисы протезов доставляют много хлопот врачам-стоматологам. Решение этих проблем улучшает качество съемных протезов.

Цель исследования

Изучение и систематизация клинических проявлений торуса и оценка эффективности использования двухслойных базисов в съемном протезировании.

Материал и методы

В клинике ортопедической стоматологии на обследовании и ортопедическом стоматологическом лечении находились 104

пациента, 37 из которых составили группу сравнения. Большинство обследованных составляли лица в возрасте 60 лет (27,9%), 70 лет (37,5%) и старше 70 лет (34,6%). Большинство больных – женщины (61,5%). Всего нами изготовлен 191 протез, в том числе в группе сравнения – 72 единицы, в основной – 119 зубных единиц. В основной группе пациентам с полным отсутствием зубов изготовлено 74 (62,2%) протеза, при частичном отсутствии зубов – 45 (37,8%). В группе сравнения с полным отсутствием зубов было 43 (59,7%) протеза, при частичном отсутствии зубов – 29 (40,3%).

Пациентам основной группы с полным отсутствием зубов 38 протезов с мягкой подкладкой изготовлено из ГосСила (Россия), Фуджи (Япония) – 19, Мукопрена (Германия) – 17 протезов. При частичном отсутствии зубов из ГосСила изготовлено 22 единицы, из Фуджи – 14, из Мукопрена – 9.

У больных проводились клинические, морфологические и физико-механические исследования. Наряду с общепринятыми методами, осуществлялись специальные исследования (определение болевой чувствительности, гнатодинамометрия, физико-механические исследования мягких подкладок)

Результаты исследования

47,9% обследованных группы сравнения и 55,3% – основной группы предъявляли жалобы на нарушение акта жевания и плохую фиксацию протезов на верхней и нижней челюстях в зависимости от степени атрофии альвеолярных отростков. 39,3% пациентов контрольной и 46,8% основной группы отмечали нарушение эстетики, речи и боль под протезами. Соответственно 13,8 и 31,9% больных жаловались на отсутствие стабилизации, некачественный протез и необходимость замены старого протеза на новый.

Таким образом, практически все пациенты обратились с определенной жалобой на съемный протез. Характер и частота жалоб соответствуют степени атрофии альвеолярных отростков, качеству изготовленных протезов и гигиене полости рта и протезов.

Анализ жалоб у пациентов с частичным отсутствием зубов показал, что наибольшее количество жалоб предъявлено на нарушение клammerной фиксации и нарушение жевания: в группе сравнения 31,5%, в основной – 42,1%. Нарушения речи и эстетики встречались соответственно у 27,6 и 31,5% обследованных, боли под протезом и некачественные протезы – у 6,6 и 13,1%, что зависело от степени атрофии альвеолярных отростков.

Основной причиной удаления зубов у пациентов с полным и частичным отсутствием зубов явилось заболевание пародонта. Таких больных было 81,0% в группе сравнения и 87,0% в основной группе. Осложнение кариеса явилось причиной потери зубов у 13,0% пациентов с частичным отсутствием зубов и у 19% больных с полным отсутствием зубов. У пациентов основной группы (50,0%) с полным отсутствием зубов часто встречался III тип атрофии альвеолярного отростка. Немного меньше было пациентов (25,0%) с IV типом атрофии.

При наличии съемных протезов у больных с частичным отсутствием зубов показатели гнатодинамометрии были значительно выше (40 кг/см² и более). При наличии полных съемных протезов наименьшие показатели регистрировались при III классе атрофии альвеолярных отростков по Оксману (20 кг/см²) в области жевательных зубов. Данные о физико-механических свойствах используемых мягких подкладок представлены в таблице.

Таблица

Физико-механические параметры эластичных подкладок различных фирм-производителей

Показатель	Изучаемый материал		
	Фуджи	Мукопрен	ГосСил
Условная прочность при удлинении, МПа	4,4±0,138	4,3±0,156	5,2±0,17
Относительное удлинение, %	360±3,8	650 ±4,5	460±3,3
Остаточное удлинение, %	1±0,23	1±0,31	3±0,45
Напряжение при удлинении, МПа	1,2±0,065	0,7±0,035	0,8±0,041

При исследовании условной прочности при удлинении максимальное значение имел материал ГосСил – 5,2±0,17 МПа. Несколько уступают ему по данному показателю силиконовые материалы – Фуджи, Мукопрен.

Наибольшим коэффициентом относительного удлинения (650%) обладает материал Мукопрен, что указывает на весьма высокую прочность.

При исследовании остаточного удлинения материал ГосСил имел более высокое значение – 3%, минимальное значение этого показателя было у Фуджи и Мукопрена – 1%.

Приблизительно одинаковые значения у материала Мукопрен и ГосСил были получены при измерении напряжения при удлинении, тогда как Фуджи обладал несколько большей упругостью – 1,2 МПа.

Таким образом, все используемые материалы на основании физико-механического исследования соответствует международным стандартам и могут использоваться в ортопедической стоматологии. Определение болевой чувствительности слизистой протезного ложа показало, что наиболее чувствительными зонами являются острые костные выступы, экзостозы и область торуса на верхней челюсти. В некоторых случаях только дотрагивание вызывало боль у пациентов, что легко в основу классификации торуса по чувствительности. Нами в клинике ортопедической стоматологии выделено три типа чувствительности слизистой оболочки полости рта, покрывающей торус верхней челюсти:

I тип – маловыраженная чувствительность, имеющиеся костные образования без четких границ, слизистая имеет достаточную толщину, болевые ощущения появляются при сильном надавливании; показатели эстезиометрии – 10 г/см² и более;

II тип – костное образование с более четкими границами, слизистая тонкая, определяется болезненность при пальпации; показатели эстезиометрии – до 10 г/см²;

III тип – небный торус имеет четкую или ярко выраженную границу, может занимать большую площадь небного шва, слизистая тонкая, атрофичная, при дотрагивании болезненная, при осмотре заметен рельеф костного образования, показатели эстезиометрии – 0 г/см².

Данная классификация помогала нам в изготовлении следующих видов двухслойных протезов: при I типе небного торуса мы считаем возможным изготовление съемных протезов из акриловых пластмасс, только при желании пациента изготавливали двухслойные базисы.

При наличии II-III типов выраженности торуса мы рекомендовали только съемные пластиночные протезы с мягкой подкладкой [3].

Нами отработаны технологические особенности изготовления мягких подкладок. Так, при наличии небного торуса II типа на модели проводили изоляцию небного торуса по всей площади костного образования на один слой бюгельного воска. При выраженности торуса II типа мы изолировали его на два слоя бюгельного воска с последующим изготовлением двухслойного базиса. После проверки конструкции протеза в полости рта у пациента зубной техник снимает с модели восковой базис с искусственными зубами. На этой модели накладывает в область торуса по очерченной границе силиконовую пластину толщиной бюгельного воска. На всю поверхность модели по границе будущего протеза

накладывается слой бюгельного воска (0,4-0,5 мм) с учетом очерченных границ. Затем этот восковой базис-подложка снимают с модели и оставляют в стороне.

Базис с искусственными зубами, которые были припасованы в полости рта пациента, оформляется, гипсует в кювету и вываривает воск. После остывания на кювету с моделью без искусственных зубов устанавливается изготовленная из двухслойного бюгельного воска восковая подложка с утолщением в области торуса из силикона. Теплым феном плотно прижимается к поверхности модели. Производят формовку акриловой пластмассы, и соединяют обе части кюветы и устанавливают под пресс. Снимают с пресса, раскрывают кювету и вываривают восковой базис. Поверхность акриловой пластмассы обрабатывают адгезивом и производят формовку из мягкой пластмассы с последующей варкой обычным способом. При такой работе общая толщина базиса протезе будет соответствовать восковой пластине. Этим достигается достаточная изоляция торуса, которая обеспечивает безболезненность при пользовании съемными протезами. Такой подход к клиницистов успешной.

Данная методика использовалась при острых костных выступах, экзостозах, выраженном торусе и других костных образованиях, не позволяющих провести обычное традиционное ортопедическое лечение съемными пластиночными протезами.

Нами в клинике ортопедической стоматологии у пациентов основной группы с полным отсутствием зубов изготовлено 38 протезов с двухслойным базисом из ГосСила, 19 – из Фуджи и 17 – из Мукопрена. При частичном отсутствии зубов из ГосСила изготовлено 22 протеза, из Фуджи – 14, из Мукопрена – 9. Всего изготовлено 119 зубных протезов. Наблюдение проводилось в сроки от 1-го до 6 месяцев.

В первые дни пользования съемными пластиночными протезами с мягкой подкладкой пациенты с тревогой ожидали ощущения боли. Улучшение функциональных качеств позволило пациентам прямо с первых дней полноценно использовать протезы. Предъявлялись жалобы на боли в отдельных точках под протезом, которые легко устранялись. Пациенты полноценно совершали акт жевания и чувствовали себя комфортно. Через 3-10 дней пациенты полностью адаптировались, успешно пользовались протезами и жалоб не предъявляли, отмечали лучшую фиксацию протезов, отсутствие боли под протезом, но у некоторых сохранялась настороженность к появлению боли или возможных поломок протезов.

Клинические исследования в динамике (1, 6, 90 и 180 дн.) показали, что использование мягких подкладок в съемном протезировании привело к хорошей фиксации полных съемных протезов в 72,7% случаев, удовлетворительной – в 46,9%.

В нашей практике было 2 негативных случая. В первом случае пациентка стала ощущать запах хозяйственного мыла при использовании двухслойного базиса из материала Фуджи. Протезы переделаны из материала ГосСил. Во втором случае мягкая подкладка из ГосСила по краям протеза разлохматилась, т.е. часть наружной поверхности подкладки из ГосСила отошла от основной массы в виде широких нитей. Нами проведено отсечение нитей и повторная полировка протеза. Протезами пациентка пользуется успешно.

Заключение

Анализ жалоб среди лиц, пользующихся полными съемными протезами при полном отсутствии зубов на нарушение акта жевания на плохую фиксацию протезов, встречаются у 55,3%, а среди лиц со съемными протезами при частичном отсутствии зубов наибольшее число жалоб на нарушение кламмерной фиксации предъявляют 42,1%.

Анализ данных гнатодинамометрии и физикомеханических исследований мягких подкладок из разных стран, таких как ГосСил (Россия), Фуджи (Япония), Мукопрен (Германия), показал их эффективность и возможность использования двухслойных базисов в клинике ортопедической стоматологии.

Разработана клиническая классификация торуса, которая позволяет врачам-клиницистам успешно изолировать костное образования, сохраняя качество изготовления протезов с использованием разработанных и рекомендованных технологии изготовления двухслойных базисов в съемных протезах.

Литература

1. Акбаров А.Н., Ирсалиев Х.И., Ачилов Х.И. Эффективность применения препарата «ФарГАЛС» у пациентов в процессе адаптации и полным съемным пластиночным протезам // Stomatologiya. – 2018. – №1. – С. 32-35.
2. Лебеденко И.Ю., Каливрадзян Э.С. Ортопедическая стоматология. М., 2012. – С.640.
3. Рузуддинов Н.С. Результаты использования различных мягких подкладок в съемном протезировании // Наука и практика стоматологии Казахстана -2007: Тез. докл. 7-го Междунар. конгресса. – Алматы, 2007.
4. [https://zub.ru/articles/protezirovanie/57250-protezirovanie-pri-otsutstvii-bolshogo-kolichestva-](https://zub.ru/articles/protezirovanie/57250-protezirovanie-pri-otsutstvii-bolshogo-kolichestva-zubov/)

zubov/

Цель: изучение и систематизация клинических проявлений торуса и оценка эффективности использования двухслойных базисов в съемном протезировании. **Материал и методы:** в клинике ортопедической стоматологии после обследования ортопедическое лечение получили 104 человека. Большинство больных жаловались на плохую фиксацию и нарушение процесса жевания (55,3%). **Результаты:** анализ данных гнатодинамометрии и физико-механических исследований мягких подкладок из разных стран, таких как ГосСил (Россия), Фуджи (Япония), Мукопрен (Германия), показал их эффективность и возможность использования двухслойных базисов в клинике ортопедической стоматологии. **Выводы:** разработана клиническая классификация торуса, которая позволяет врачам-клиницистам успешно изолировать костное образования, сохраняя качество изготовления протезов с использованием разработанных и рекомендованных технологии изготовления двухслойных базисов в съемных протезах.

Ключевые слова: съемные протезы, мягкие подкладки, эффективность съемных протезов, технология изготовления.

Objective: To study and systematize the clinical manifestations of the torus and assess the effectiveness of the use of two-layer bases in removable prosthetics. **Material and methods:** In the clinic of orthopedic dentistry, 104 people received orthopedic treatment after examination. Most of the patients complained of poor fixation and impaired chewing (55.3%). **Results:** The analysis of the data of gnathodynamometry and physical and mechanical studies of soft linings from different countries, such as GosSil (Russia), Fuji (Japan), Mukopren (Germany), showed their effectiveness and the possibility of using two-layer bases in the clinic of orthopedic dentistry. **Conclusions:** A clinical classification of the torus has been developed, which allows clinicians to successfully isolate bone formations, while maintaining the quality of prostheses manufacturing using the developed and recommended technologies for manufacturing two-layer bases in removable prostheses.

Key words: removable dentures, the soft lining, the effectiveness of removable prostheses manufacturing technology.

АНАЛИЗ КОМПЕНСАТОРНО-АДАПТАЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ ПРИ МОСТОВИДНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ КОНЦЕВЫХ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИКОСТНЫХ ИМПЛАНТАТОВ МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ



Арсланов О.У., Ирсалиев Х.И., Сафаров М.Т.

Ташкентский государственный стоматологический институт

При анализе источников литературы было выявлено, что при ортопедическом лечении больных с частичным отсутствием зубов до 26% пациентов по разным причинам отказываются от изготовления съёмных зубных протезов [1,2,5,6]. Сегодня для лечения таких больных широко используется дентальная имплантация [3,4,8,9]. Для достоверной функциональной оценки результатов ортопедического лечения больных с применением дентальных внутрикостных имплантатов изучается состояние жевательного аппарата человека [7,9].

С помощью электромиографии (ЭМГ) можно оценить функциональные изменения жевательных мышц в ходе компенсаторной перестройки зубочелюстного аппарата, обусловленной потерей зубов [1,2]. Известно, что приспособление жевательных мышц к новым условиям происходит в первые 6 месяцев ношения протеза. Методика регистрации электромиографических данных позволяет объективно изучить компенсаторно-адаптационную перестройку мышечного аппарата больного, а также оценить действие жевательных нагрузок на дентальный имплантат после ортопедического лечения [3,4].

Цель исследования

Оценка функциональной эффективности компенсаторно-адаптационных механизмов мостовидного протезирования при концевых дефектах зубных рядов с применением внутрикостных имплантатов методом электромиографии.

Материал и методы

Регистрация электромиографических исследований проводилась нами в области собственно жевательных и височных мышц на аппарате Нейротех (Россия) в покое и при максимальном сжатии мышц. В качестве биоусилителя в аппаратно-программном комплексе применяли 4-канальный биоусилитель электромиографа фирмы Медикор. Пластинчатые

электроды фиксировали на предварительно обезжиренной спиртом коже и укрепляли лейкопластырем. Все больные были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 12 больных с односторонними и двусторонними концевыми дефектами зубных рядов, во 2-ю группу включены 14 больных после проведения операции внутрикостной имплантации, в 3-ю группу вошли 14 больных, у которых были установлены мостовидные протезы с дистальной опорой на дентальные имплантаты.

Результаты исследования

При сравнении функциональной активности височных и собственно жевательных мышц до ортопедического лечения у больных 1-й группы мы определили следующую закономерность. На стороне без дефекта зубного ряда биоэлектрическая активность (БЭА) собственно жевательных мышц была в 1,5 раза выше, а височных мышц – в 2,3 раза выше, чем на стороне с дефектом зубного ряда. Электрофизиологические данные мышечной активности у пациентов с двусторонними концевыми дефектами изменялись в довольно широких диапазонах и зависели от типа жевания. Следует отметить, что у 80% пациентов этой группы был выявлен в основном односторонний, а именно правосторонний тип жевания, а у 20% больных – равномерный двухсторонний тип жевания.

При одностороннем типе жевания средние показатели БЭА на рабочей стороне были выше: в 1,8 раза выше для собственно жевательных мышц и в 2,1 раза – для височных мышц. У пациентов с одинаковым типом жевания функциональная деятельность собственно жевательных и височных мышц справа и слева была примерно одинаковой.

Электромиографические исследования, проведенные у больных 2-й группы, показали, что при сжатии обеих челюстей максимальная амплитуда БЭА составляла в m. masseter здоровой стороны 440 ± 120 мкВ, m. masseter на стороне с

дефектом – 180 ± 70 мкВ, m. temporalis – 392 ± 110 мкВ, m. temporalis здоровой стороны – 728 ± 191 мкВ. Коэффициент регулирования для собственно жевательных мышц при жевании в среднем составил $2,4 \pm 0,13$, для височных мышц $0,5 \pm 0,13$; в покое для собственно жевательных мышц – $0,4 \pm 0,13$, для височных – $2,1 \pm 0,13$, что указывало на дискоординацию в работе жевательных мышц.

Через 3 месяца после проведенной дентальной имплантации с ранней функциональной нагрузкой на имплантат зарегистрировано некоторое уменьшение БЭА мышц в состоянии покоя. В среднем для собственно жевательных мышц разница показала 20% (m. masseter здоровая сторона – 280 ± 81 мкВ, m. masseter на стороне адентии – в области введенного имплантата – $190 \pm 5,0$ мкВ). У височных мышц БЭА в покое уменьшилась в среднем на 25% и составляла: m.

temp. на стороне зубного дефекта – 450 ± 11 мкВ; m. temp. на здоровой стороне – 210 ± 4 мкВ. При сжатии обеих челюстей БЭА m. masseter зд. – 460 ± 98 , на стороне адентии – 397 ± 143 мкВ, m. temp. зд. – 650 ± 200 мкВ, m. temp. ад – 610 ± 200 мкВ. Коэффициент координации для собственно жевательных мышц при сжатии составил $1,2 \pm 0,08$; для височных мышц – $1,07 \pm 0,06$. Коэффициент координации для m. masseter в покое $0,72 \pm 0,05$, для m. temporalis – $0,5 \pm 0,03$. Это случилось из-за изменений БЭА собственно жевательных и височных мышц, что свидетельствует о выравнивании координационных соотношений работы жевательных мышц.

Через 12 месяцев у больных 3-й группы после ранних функциональных нагрузок отмечалось сохранение нормализации координационной работы жевательных мышц (рисунок).

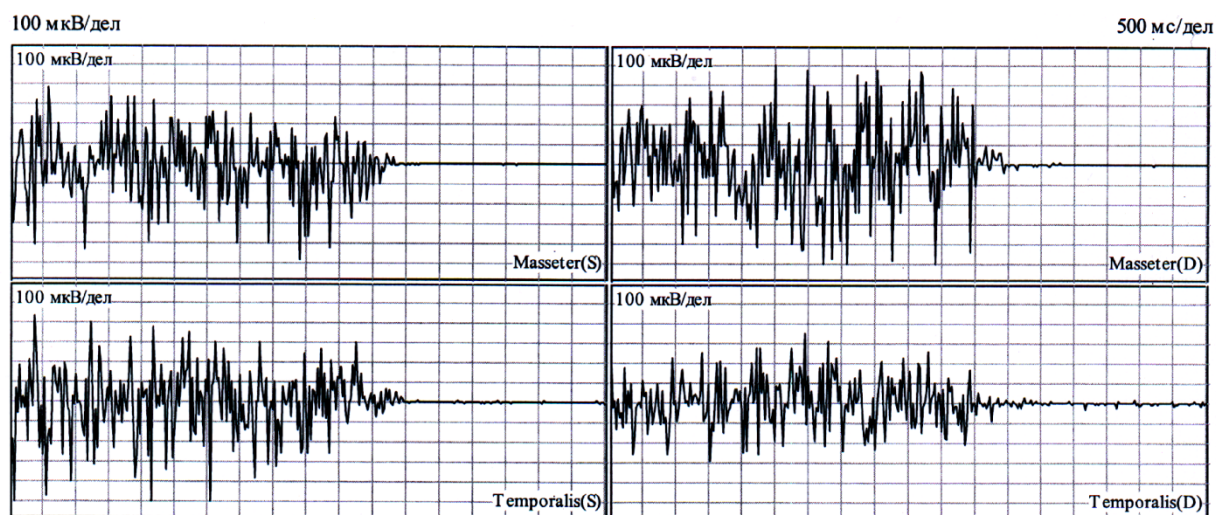


Рисунок. ЭМГ жевательных мышц после ранних функциональных нагрузок на зубные имплантаты.

По данным ЭМГ отмечается увеличение активности жевательных мышц при ранних функциональных нагрузках. Результаты электромиографии у больных 2-й группы свидетельствуют об аналогичной картине, т.е. о параллельности изменений БЭА и коэффициента асимметрии у больных 3-й группы, но происходило это медленнее – к 12 месяцу, что указывало на процесс приспособления жевательной мускулатуры к ортопедическим конструкциям, и координационную перестройку БЭА.

Анализ результатов электромиографических исследований показал, что исходно у большинства пациентов в состоянии покоя регистрировалась пониженная биоэлектрическая активность жевательных мышц. После ранних функциональных нагрузок восстанавливалась координированная работа мышц, повышалась их функциональная активность.

При анализе электромиографических

показателей, полученных у больных 3-й группы, выявлены видимые перемены функционального состояния изучаемых жевательных мышц в зависимости от срока дентальной имплантации и последующего протезирования.

Таким образом, результаты электромиографического анализа подтвердили восстановление функционального состояния жевательных мышц при ортопедическом лечении больных с различными дефектами зубных рядов с использованием дентальных имплантатов. Полученные данные служат объективным свидетельством компенсаторно-приспособительной перестройки рефлекторных механизмов мышечного аппарата в различные периоды наблюдений.

Литература

1. Абакаров С.И., Омаров О.Г., Сорокин Д.В. и др. Электромиографические исследования мышц челюстно-лицевой области после ортопедического

лечения в динамике // Современные технологии в стоматологии: Материалы 10-й ежегод. науч.-практ. конф. – М., 2008. – С. 184.

2. Алейников А.С., Бугровецкая Е.А., Соловых Е.А. и др. Роль биоэлектрической активности жевательных мышц в стрессовой реакции // Инновационная наука – эффективная практика: Материалы 1-й науч.-практ. конф. мол. ученых. – М., 2010. – С. 134-136.

3. Гветадзе Р.Ш. Оценка биоэлектрической активности жевательных мышц больных в зависимости от сроков имплантации // Стоматология. – 1999. – Т. 78, №4. – С. 43-44.

4. Гветадзе Р.Ш., Амирханян А.Н. Функциональная перестройка

зубочелюстной системы при протезировании с опорой на имплантаты // Тезисы докладов 4-й Всероссийской научно-практической конференции. – М., 2000. – С. 161-162.

5. Дудко А.С, Шалатшина О.И. и др. Биоэлектрическая активность жевательных мышц при протезировании на зубных имплантатах // Новое в стоматологии. – 1994. – №3. – С. 24-27.

6. Мороз П.В. Функциональные изменения при ортопедическом

лечении вторичных деформаций жевательного аппарата: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 1991. – 20 с.

7. Нигматов Р.Н., Рузметова И.М. Состояние жевательных мышц у больных вторичными деформациями зубных рядов // Приоритеты фармации и стоматологии: от теории к практике: Сб. материалов 5-й науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Алматы, 2016. – С. 7-12.

8. Онопа Е.Н., Семенюк В.М., Смирнов К.В. и др. Электромиографическая активность жевательных мышц при различной функциональной способности зубочелюстной системы человека // Институт стоматологии. – 2004. – №2 (23). – С. 54-55.

9. Попов С.А., Сатыго Е.А. Диагностическое значение стандартизированных электромиографических показателей жевательных мышц // Рос. стоматол. журн. – 2009. – №6. – С. 18-20.

Цель: оценка функциональной эффективности компенсаторно-адаптационных механизмов мостовидного протезирования при концевых дефектах зубных рядов с применением внутрикостных имплантатов методом электромиографии. Материал и методы: 1-ю группу составили 12 больных с односторонними и двусторонними концевыми дефектами зубных

рядов, во 2-ю группу включены 14 больных после проведения операции внутрикостной имплантации, в 3-ю группу вошли 14 больных, у которых были установлены мостовидные протезы с дистальной опорой на дентальные имплантаты. Регистрация электромиографических исследований проводилась нами в области собственно жевательных и височных мышц на аппарате Нейротех (Россия) в покое и при максимальном сжатии мышц. Результаты: электромиография подтвердила восстановление функционального состояния жевательных мышц при ортопедическом лечении больных с различными дефектами зубных рядов с использованием дентальных имплантатов. Выводы: полученные данные служат объективным свидетельством компенсаторно-приспособительной перестройки рефлекторных механизмов мышечного аппарата в различные периоды наблюдений.

Ключевые слова: концевые дефекты зубных рядов, протезирование, внутрикостные имплантаты, электромиография.

Objective: To evaluate the functional efficiency of the compensatory-adaptive mechanisms of bridge prosthetics in case of terminal defects of the dentition using intraosseous implants by the method of electromyography. Material and methods: The 1st group consisted of 12 patients with unilateral and bilateral terminal defects of the dentition, the 2nd group included 14 patients after the operation of intraosseous implantation, the 3rd group included 14 patients in whom bridges were installed with distal support on dental implants. Registration of electromyographic studies was carried out by us in the area of the masseter and temporal muscles proper on the Neurotech apparatus (Russia) at rest and with maximum muscle compression. Results: Electromyography confirmed the restoration of the functional state of the masticator muscles during orthopedic treatment of patients with various defects in the dentition using dental implants. Conclusions: The obtained data serve as objective evidence of the compensatory-adaptive restructuring of the reflex mechanisms of the muscular apparatus in different periods of observation.

Key words: end defects of the dentition, prosthetics, intraosseous implants, electromyography.

БОЛАЛАРНИНГ АЛМАШИНУВ ПРИКУСИ ДАВРИДА ТИШ ҚАТОРЛАРИНИНГ КЕСИШГАН ОККЛЮЗИЯСИНИ ЦЕФАЛОМЕТРИК УСУЛДА ТАШХИСЛАШ



Нигматов Р.Н., Акбаров К.С., Нигматова И.М., Нодирхонова М.О.

Тошкент давлат стоматология институти

Долзарблиги. Кесишган прикус тиш қаторлари жипслашувининг трансверзал аномалиялари турига киради ҳамда юқори ва пастки тиш қаторлари (ёки жағлар) кенглигининг мос келмаслиги билан ифодаланади. Кесишган прикусда юз шаклининг бузилиши ва кўпинча, юз ассиметрияси кузатилади. Тиш ёйининг торайиши натижасида фронтал тишларининг зич жойлашиши, тиш қаторлари ўлчамининг трансверзал йўналишда мос келмаслиги натижасида пастки жағ ён ҳаракатлари қийинлашиши кузатилади. Бундай ҳолларда, кўпинча, чакка пастки жағ бўғими (ЧПЖБ) фаолияти ҳам бузилади. Ушбу мураккаб окклюзия аномалияси билан касалланиш, айрим олимларнинг фикрича, 1,5% дан 60,0% гача учрайди (Слабковская А.Б., 2008; Чернышова Л.Е., 2008).

Трансверзал окклюзия аномалияларининг биринчи аломатлари орқали беморни клиник, антропометрик, функционал ва рентгенологик усулларни ўз ичига олган, кенг қамровли текширувларни ўтказиш билан эрта аниқлаш ва бу ушбу мураккаб прикус аномалиясини олдини олиш долзарб муаммо сифатида тан олинган.

Тадқиқотнинг мақсади - болаларнинг алмашинув прикуси даврида тиш қаторларининг кесишган окклюзиясини цефалометрик усулда эрта ташхислаш.

Тадқиқот материаллари ва қўлланилган усуллар. Тиш-жағ соҳасидаги морфологик ўзгаришларни ўрганиш мақсадида алмашинув прикусининг биринчи даври (6 ёшдан 14 ёшгача) бўлган 32 та болада бошнинг олд телерентгенографияси (ТРГ) ўрганилди. ТРГ параметрлари А.Б. Слабковская (2008) усули бўйича бошнинг олд проекцияси телерентгенограммалари цефалометрик таҳлил қилиш орқали баҳоланди.

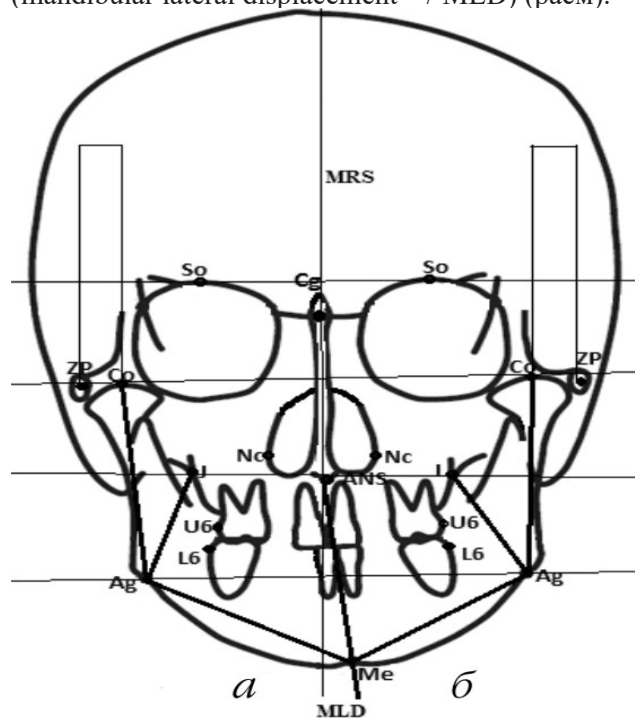
Олд проекцияда ТРГни ўрганиш ва баҳолашда кўриқдан ўтказилаётган болалар Слабковская А.Б. (2008) таклиф қилган 3 та гуруҳга бўлиб ўрганилди. Бу гуруҳларга ажратишда бош суяги тузилмалари тузилишидаги меъёрдан ҳар хил ўғишларни тавсифловчи асосий 16 параметрларни

ўз ичига олган. Булар:

1) MRS нинг ўрта сагиттал чизигига нисбатан трансверзал ўлчамларини тавсифловчи горизонтал параметрлар: бош суягининг яримлари ($\perp$ So/MRS); пастки жағнинг бўғим ўсимталарининг жойлашиши ($\perp$ Co/MRS); бурун бўшлиғининг ярим ўлчамлари ($\perp$ Nc/MRS); юқори жағ ($\perp$ J/MRS) ва пастки жағ ($\perp$ Ag/MRS); юқори жағ тиш қаторларининг ўлчамлари ($\perp$ U6'MRS); пастки жағ ($\perp$ L6'MRS); бўғим ўсимининг ассиметрияси (condylar deviation – CD);

2) пастки жағ шохлари ҳажмини тавсифловчи вертикал параметрлар (Co-Ag); жағ комплексларининг ўзаро жойлашиши (J-Ag);

3) текисликларнинг ўрта сагиттал чизикқа нисбатан айланишини тавсифловчи бурчак параметрлари: (/ So-So; Co-Co; / J-J; / Ag-Ag); ўнг ва чап томонда пастки жағнинг бурчаклари (/ Co-Ag-Me); пастки жағнинг силжиш даражаси (mandibular lateral displacement – / MLD) (расм).



Расм. Пастки жағнинг силжиш даражаси

Бошнинг олд ТРГда пастки жағнинг силжиш даражасини аниқлаш учун ўрганилган адабиётлар маълумотларига (Ishizaki K.S., 2010) асосланиб, ҳосил бўлган бурчакни тавсифловчи MLD (мандибулар латерал силжиш) кўрсаткичи танланди. MRS нинг ўрта сагиттал чизиги билан пастки жағ марказининг ME юқориги жағ ANS юқори жағ чизиги орасидаги чизиқ.

Алмашинув прикусининг биринчи давридаги болалар юз бош суяги тузилишидаги ассиметрия даражасини баҳолаш учун пастки жағ суяги силжиши даражаси тўғрисида қуйидаги даражалар тақлиф қилинган (Ishizaki K.S. бўйича):

1-даража - / MLD= до 3°;

2- даража - / MLD= от 3° до 5°;

3- даража - / MLD= от 5° ва ундан юқори.

Шунга кўра, клиник тадқиқотлар ва фронтал телерентгенограммаларнинг цефалометрик таҳлили асосида текширилган болалар ҳам уч гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳга 1-даражали силжиши бўлган 17 та (53,1%) болалар кирди. Иккинчи гуруҳга 2-даражали силжиши бўлган 9 та (28,1%) болалар кирган. Учинчи гуруҳ 6 та (18,8%) болалар билан ифодаланди, уларда пастки жағнинг 3 даражали силжиши (5° ва ундан юқори) аниқланди.

Юз жағ суяги тузилмаларининг ассиметриясини баҳолаш учун ассиметрия коэффиценти (КА) ҳисоблаб чиқилди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Клиник текширув давомида кесишган окклюзияси бўлган 32 та болада пастки жағнинг турли даражадаги латерал силжиши кузатилди. Бошнинг олд ТРГ таҳлили шуни кўрсатдики, ўзгаришлар юз-жағ соҳасининг барча суяк тузилмаларига таъсир кўрсатади. Бош суяги асосининг параметрларидан фарқли ўлароқ, жағ суяклари, тиш ёйи ва тиш қаторларидаги ўзгаришлар кўзга яққол ташланади.

Бош суяги ва юқори жағ асосининг трансверсал ўлчамларида томонларнинг симметрия кўрсаткичларининг ассиметрия коэффиценти кесишган окклюзия шаклланишининг дастлабки босқичида бош суяги тузилишидаги номутаносиблик кузатилди. Ассиметрия коэффицентининг энг катта кўрсаткичлари пастки жағнинг ўлчамларини ва юқори ва пастки тиш қаторларини тавсифловчи параметрларда аниқланди. Юқори ва пастки жағларнинг силжиган томонидаги ўлчамлари қисқартирилди. Пастки жағнинг трансверсал силжиши ассиметрияга олиб келди ва бу натижалар бошқа муаллифлар фикрига кўпроқ мос келди (Ricketts R.M., 2004).

Хулоса. Шундай қилиб, тадқиқот натижалари алмашину прикусидаги кесишган окклюзияси бўлган болаларда бош суяги юз қисми тузилмаларининг ассиметрияси мавжудлигини кўрсатди, энг аниқ ва яққол намоён бўлган ўзгаришлар жағ суякларида ифодаланди. Пастки

жағнинг трансверсал силжиши ассиметрия жойлашиши ва бўғим ўсиғининг ўзгаришига олиб келди. Текширувдан ўтган болаларнинг энг кўп сонига (53,1%) пастки жағнинг 1-даражали силжиши таъхиси қўйилди. Болаларда пастки жағнинг энг кам трансверсал силжиши билан ўзаро боғлиқлик (1-даража) юз суяги тузилмаларининг бирнечтапараметрларининг энг катта ассиметрияси аниқланди. Беморларда клиник текширув пайтида, ҳатто пастки жағнинг озгина силжиши аниқланса, ортодонт-шифокор даволашни режалаштириши учун тўлиқ таъхисни қўйишлари керак. Болаларда иложи борица тезроқ ўсишга таъсир кўрсатиб, юз бош суяги скелетининг бузилишини эрта бартараф этиш мақсадга мувофиқдир, бу эса юз-жағ комплексининг жиддий деформациясининг келиб чиқишида ва прикус аномалияларининг олдини олишда асосий ўрин тутди.

Адабиётлар:

1. 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. /Научно-практический журнал «Stomatologiya». № 4 (81), Т.- 2020. – С.16-18.

2. Профит Уильям Р. Современная ортодонтия: пер. с англ. / под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Л. С. Персина. М.: МЕДпресс-информ.-2019.-560 с.

3. Слабковская А.Б. Трансверзальные аномалии окклюзии. Этиология, клиника, диагностика, лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008.-46 с.

4. Чернышова Л.Е. Первые симптомы трансверзальных аномалий окклюзии по данным ортопантомографии. Ортодонтия. - М., 2008 – С.12-14.

5. Grummons D, Ricketts R.M. Frontal Cephalometrics: practical applications, part 2. World journal of orthodontics 2004; 2: 99-119.

6. Ishizaki K.S., Mito K., Tanaka T., Sato E.M. Morphologic, functional, and occlusal characterization of mandibular lateral displacement malocclusion. American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics. 2010; 4: 454-455.

Резюме:

В статье авторы изучали фронтальную телерентгенографию головы у 32 детей сменного прикуса, с целью изучения морфологических изменений зубочелюстной кости. По степени смещения нижней челюсти в сторону от центра, все дети были разделены на 3 группы. Установлено, что на нижней челюсти увеличен трансверзальное смещение, строение лицево-челюстно-лицевых костей и их **прямая связь с уровнем асимметрии.**

Ключевые слова: Зуб и зубной ряд, сменный прикус, перекрестный прикус, верхняя и нижняя челюсть, трансверзальное смещение, черепная кость, телерентгенография.

Summary:

In the article, the authors studied frontal teleroentgenography of the head in 32 children with mixed bite, in order to study the morphological changes in the dentition. According to the degree of displacement of the lower jaw away from the center, all children were divided into 3 groups. It was found

that the transversal displacement, the structure of the facial-jaw bones and their direct relationship with the level of asymmetry were found to be increased on the lower jaw.

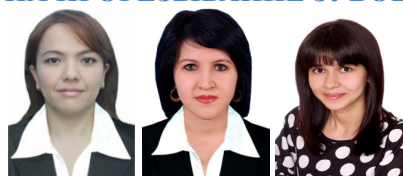
Key words: Tooth and dentition, changeable bite, cross bite, upper and lower jaw, transversal displacement, cranial bone, teleroentgenography.

Стоматология детского возраста

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-14>

УДК: 616.314-002-053.4-082

ВЛИЯНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ВОЗРАСТА И МАССЫ ТЕЛА НОВОРОЖДЕННОГО НА ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБОВ



Исаходжаева Х.К., Даминова Ш.Б., Хаджиметов А.А., Абдиримова Г.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт.

ВВЕДЕНИЕ

Время образования, кальцификации и прорезывания молочных зубов, как и любой биологический процесс, подвержено нескольким индивидуальным изменениям. Тем не менее, в нормальных условиях время, последовательность и хронология биологических событий следуют регулярному циклу. У недоношенных новорожденных этот процесс может быть нарушен недостаточностью питания, воздействием определенных лекарств (10,24) и травматическими оральными манипуляциями (25,29). Момент прорезывания молочных зубов у недоношенных новорожденных точно не установлен. Исследования показывают, что роды являются стимулом для прорезывания зубов и что время прорезывания у недоношенных детей такое же, как и у доношенных. В настоящее время известно несколько факторов, вызывающих преждевременные роды: слишком молодые матери, низкий социально-экономический уровень, внутриутробное недоедание, кардиопатия, несовместимость резус-фактора, предшествующая плацента, краснуха, диабет, многоплодные роды,

Однако, хотя физическое развитие недоношенных детей хорошо изучено, существует мало исследований о влиянии преждевременных родов и их влиянии на развитие зубов и полость рта младенцев. Исходя из вышеизложенного, цель настоящего исследования явилось, выявить изменения в момент прорезывания зубов у недоношенных детей с низкой массой тела при рождении, попытаться интерпретировать опережение или задержку прорезывания зубов в зависимости от хронологического возраста ребенка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящем исследовании использовалась выборка из 120 практически здоровых детей из них 81 недоношенных и 39 доношенных в возрасте от 5 до 36 месяцев, обоих полов, с прорезавшимся по крайней мере одним зубом, которые находились под обычным уходом в педиатрической отделении РСНПМЦ Ташкент, Узбекистан. Младенцы отбирались среди тех, кто посещал амбулаторию в сопровождении родителей или ответственного за них. Интервью проводились с марта по июль 2019 года. Для сбора данных использовалась специально разработанная для исследования форма, в которой регистрировалась следующая информация: идентификация ребенка (возраст и пол), идентификация родителей, неонатальные данные (гестационный возраст, масса тела при рождении), полученные из медицинских карт, данные о прорезывании зубов (месяц, когда прорезался первый молочный зуб и какой это был зуб. Месяц прорезывания первого молочного зуба регистрировали по хронологическому возрасту ребенка, т. е. с момента рождения. Для анализа данных также учитывались биологический возраст, возраст после зачатия или скорректированный возраст (гестационный возраст + хронологический возраст младенца в месяце, когда прорезался первый зуб).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящем исследовании, чтобы добиться значимого сравнения с доношенными детьми, возраст недоношенных детей был скорректирован с учетом преждевременных родов.

Сроки прорезывания первых молочных зубов у обследованных детей

Категория	Количество	Срок прорезывания момен	Стандартное отклонение
Недоношенные	81	8,9мес	4,3
Доношенные	39	6,7 мес	3,3

У младенцев с массой тела при рождении менее 1500 г первый зуб прорезался позже по сравнению с теми, чей вес при рождении составлял от 1499 до 2799 г ($p = 0,010$), и с теми, чей вес при рождении был равен или больше 2900 г ($p < 0,0001$).

Некоторые авторы связали время прорезывания первого молочного зуба с ростом ребенка и предположили, что статус питания может существенно повлиять на прорезывание

молочного зуба. Эта положительная связь между прорезыванием зубов и ростом тела была также подтверждена многими авторами в разных регионах, которые сравнили среднее время прорезывания между младенцами с низкой массой тела при рождении и младенцами с нормальной массой тела и подтвердили, что прорезывание происходит значительно раньше у детей с нормальной массой тела при рождении.

Сравнение массы тела при рождении и хронологического возраста прорезывания первого молочного зуба

Вес (г)	Количество	Возраст (мес)	Стандартное отклонение
Менее 1499	4	11,6	11,4
Между 1500 и 2900	74	9,6	9,8
2,900 и более	42	7,9	6,3

Средний хронологический возраст прорезывания первого молочного зуба составлял 9 мес для мальчиков и 8 недель для девочек. Результаты настоящего исследования показывают, что недоношенные дети с очень низкой массой тела при рождении в значительной степени подвержены риску отсроченного прорезывания первого молочного зуба при использовании хронологического возраста. Тем не менее, когда используется скорректированный возраст, факты показывают, что нет значительных различий во времени прорезывания, что указывает на то, что у недоношенных детей с очень низкой массой тела при рождении может задержаться прорезывание первого молочного зуба из-за преждевременных родов, а не из-за задержки развития зубов.

ВЫВОДЫ

В соответствии с хронологическим возрастом у недоношенных детей наблюдается задержка прорезывания первого молочного зуба по сравнению с доношенными детьми. Учитывая хронологический возраст, младенцы с очень низкой массой тела при рождении (менее 1500 г) показали значительную задержку прорезывания первого молочного зуба по сравнению с младенцами с низкой массой тела при рождении и младенцами с нормальной массой тела при рождении. Не было обнаружено значительной корреляции между полом младенцев и временем прорезывания первого молочного зуба, если рассматривать хронологический возраст и скорректированный возраст.

ЛИТЕРАТУРА

1. Елизарова В.М. Тенденция изменения сроков прорезывания молочных зубов у современного поколения детей/ В.М. Елизарова, В.Г. Бутова, Т.Е. Зуева//Мед. помощь. - 2002. - № 6. - С. 40-42

2. Миллер О.В. Характеристика сроков прорезывания временных зубов у детей раннего возраста проживающих в крупном промышленном центре (на примере г. Красноярска): дисс. ... канд. мед. наук. - Красноярск, 2012. - 23 с.

3. Олейник Е.А. Основные стоматологические заболевания и зубочелюстные аномалии (особенности патогенеза, диагностики, клиники и профилактики): автореф. дис. ...д-ра мед. наук/ Е.А. Олейник.- Воронеж, 2008. - 42 с.

4. Koussoulakou DS, Margaritis LH, Koussoulakos SL. A curriculum vitae of teeth: evolution, generation, regeneration. Int J Biol Sci. 2009;5(3):226–43. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

5. Hughes TE, Bockmann MR, Seow K, et al. Strong genetic control of emergence of human primary incisors. J Dent Res. 2007;86(12):1160–5. [PubMed] [Google Scholar]

6. Pillas D, Hoggart CJ, Evans DM, et al. Genome-wide association study reveals multiple loci associated with primary tooth development during infancy. PLoS Genet. 2010;6(2):e1000856. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

АННОТАЦИЯ

Целью настоящего исследования было сравнить начало прорезывания первого молочного зуба у недоношенных детей различной массы тела на прорезывание зубов. Обследованы 120 младенцев - 81 недоношенных и 39 доношенных детей в возрасте от 5 до 36 месяцев, обоих полов. Результаты были проанализированы с учетом биологического возраста и возраста после зачатия, или скорректированного возраста, который представляет собой гестационный возраст плюс хронологический возраст младенца в месяц прорезывания первого молочного зуба.

Ключевые слова: прорезывание зубов; младенцы с низкой массой тела при рождении; гестационный возраст; недоношенные дети; молочные зубы.

ANNOTATION

PURPOSE: The purpose of this study was to compare the onset of eruption of the first milk tooth in premature infants (<37 weeks) with term infants (38 and 42 weeks) with normal birth weight (2900 g), low birth weight (<2900 g) and very low birth weight (<1499 g) to assess whether preterm labor and low birth weight may affect teething. Neonatal records

and the time of first deciduous tooth eruption were recorded in 120 infants - aged 5 to 36 months, both sexes. All of them were being treated in the pediatric department of the RSNPMC. The results showed that, taking into account chronological age, teething in premature infants and very low birth weight infants is significantly delayed. However, when adjusted for age, no statistically significant differences were found between groups.

Key words: teething; infants with low birth weight; gestational age; premature babies; primary teeth

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-15>
УДК: 616.314:616.379-008.64-079.4]-07-053.2

РАЗРАБОТКА ПРОГРАММЫ ДИАГНОСТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ



Камалова Ф.Р.

Бухарский государственный медицинский институт

Современные исследования в области стоматологии направлены на выявление связи между оральным здоровьем и различными метаболическими и системными заболеваниями. Сахарный диабет (СД) – одно из наиболее распространенных метаболических нарушений в общей популяции, предрасполагающее к различным сопутствующим заболеваниям и осложнениям, влияющим на общее состояние здоровья [1]. Хроническая гипергликемия, постоянная особенность СД, может поражать различные органы и ткани, особенно те, которые богаты капиллярными сосудами, что приводит к ретинопатии, нейропатии, нефропатии и сосудистым заболеваниям [2].

По данным Всемирной организации здравоохранения, санитарное просвещение является лучшим и наиболее эффективным способом оказания медицинской помощи людям. Образование является краеугольным камнем в лечении диабета. Исследования в данной сфере показали, что образование эффективно в контроле и лечении этого заболевания: правильная подготовка

может уменьшить количество осложнений СД на 80% [3].

Цель исследования

Разработка программы диагностики стоматологических заболеваний у детей с сахарным диабетом и повышение эффективности первичной профилактики основных стоматологических заболеваний у детей с сахарным диабетом, находящихся под диспансерным наблюдением в эндокринологическом диспансере г. Бухары.

Материал и методы

Для оценки значимости факторов риска развития стоматологических заболеваний у детей с сахарным диабетом ретроспективно было изучено 14562 истории болезни больных детей, находившихся на стационарном лечении в Бухарском областном эндокринологическом медицинском центре, и 1031 больного ребенка, проходившего лечение по поводу СД 1-го типа в период с 2017 по 2019 гг.

Результаты исследования

Результаты ретроспективного изучения показали, что коэффициент распространенности СД 1-типа у детей составляет 70,8% (табл. 1).

Таблица 1

Частота СД 1-го типа у детей, $M \pm m$

Год	Число детей с ЭЗ, абс.	Число детей с СД, абс.	%
2017	420	350	83,3 $\pm$ 2,6
2018	470	368	78,3 $\pm$ 2,43
2019	392	313	79,8 $\pm$ 2,48
Всего	1282	1031	80,4 $\pm$ 2,5

Среди госпитализированных больных детей с СД 1-го типа соотношение мальчиков и девочек в возрасте 3-5 лет составляло 1:1,3, 6-11 лет – 1:1,25, 12-17 лет – 1:1,13. При этом независимо от возраста

та девочек среди больных было больше.

Среди госпитализированных было больше детей в возрасте 12-17 лет – 355 (68,5%) (табл. 2).

Таблица 2

Распределение детей с СД и стоматологическими заболеваниями по возрасту, М±m

Возраст, лет	Число обследованных, абс. (%)
3-5	30 (5,8±0,25)
6-11	133 (25,7±1,12)
12-17	355 (68,5±3,0)
Всего	518 (100)

Изучение анамнеза позволило выявить факторы риска формирования СД у детей (табл. 3).

Таблица 3

Причинные факторы формирования сахарного диабета у детей, М±m

Фактор риска	Число обследованных, абс. (%)
Сахарный диабет у родителей (в семье)	68 (13,12±0,57)
Стресс	74 (14,28±0,62)
Вирусные инфекции	287 (55,4±2,4)
Не выявленные	89 (17,2±0,75)
Итого	518 (100)

В структуре установленных причинных факторов формирования СД у детей преобладают вирусные инфекции (55,4%), связь с факторами риска развития СД не обнаружена у 17,18% обследованных. Следует отметить одинаковую частоту встречаемости стресса (14,28%) и диабета у родителей

(13,21%) при формировании СД у детей.

Клиническая форма проявления стоматологических заболеваний была разнообразной. В её структуре преобладают кариес и хронический периодонтит (рис. 1, 2, табл. 4).

Таблица 4

Клинические формы стоматологических заболеваний у детей с СД, М±m

Клиническое проявление	Число обследованных, абс. (%)
Кариес	393 (75,8±3,3)
Хронический периодонтит	148 (28,6±1,3)
Катаральный гингивит	128 (24,7±1,0)
Гипертрофический гингивит	14 (2,7±0,1)
Дистопия зубов	35 (6,7±0,3)
Аномалия прикуса	27 (5,2±0,2)
Короткая уздечка верхней губы	14 (2,7±0,1)
Короткая уздечка языка	11 (2,2±0,09)
Врожденный амелогенез	11 (2,2±0,09)
Гипоплазия зубной эмали	7 (1,4±0,06)
Врожденный дентиногенез	2 (0,38±0,01)

Как показали наши исследования, на течение основного заболевания влияла полиморбидность при СД (табл. 5).



Рис. 1. Хронический периодонтит 75-85 зубов у ребёнка, 8 лет. Рис. 2. Гипертрофический гингивит у ребёнка, 13 лет.

Таблица 5

Частота полиморбидности при СД 1-го типа у детей, М±m	
Нозология	Число обследованных, абс. (%)
Железодефицитная анемия легкой и средней степени	179 (34,5±1,5)
Острый/хронический гастрит, гастроуденит	241 (46,5±2,0)
Инфекции мочевых путей	199 (38,4±1,68)
Реактивный гепатит	190 (36,7±1,61)

Выводы

1. При СД 1-го типа в роли агрессивных факторов риска выступают наличие фактора стресса у ребенка (ОШ-2,21, ДИ 99%, $p<0,001$), кандидоз полости рта (ОШ-2,06, ДИ 99%, $p<0,001$), сахарный диабет в семье (у родителей) (ОШ-1,83; ДИ 95%, $p<0,01$), дисбактериоз кишечника (ОШ-1,85; ДИ 95%, $p<0,01$), диарея в анамнезе (ОШ-1,73; ДИ 95%, $p<0,01$).

2. Установлен высокий риск развития стоматологических заболеваний у детей с СД 1-го типа при наличии реакция на вакцинации (ОШ-1,55; ДИ 95%, $p<0,01$), ЭКД и атопический дерматит (в течение последних 3-х мес.) (ОШ-1,46; ДИ 95%, $p<0,01$), раннее введение прикорма (ОШ-1,43; ДИ 95%, $p<0,01$), искусственное вскармливание (в течение последних 3-х мес.) (ОШ-1,25; ДИ 95%, $p<0,01$).

Литература

1. Babu S.R., Eisenbarth G.S. Juvenile diabetes // Indian J. Med. Res. – 2012. – Vol. 136. – P. 179-181.
2. Harding J.L., Pavkov M.E., Magliano D.J. et al. Global trends in diabetes complications: a review of current evidence // Diabetologia. – 2019. – Vol. 62, №1. – P. 3-16.
3. Malekmahmoodi M., Shamsi M., Roozbahani N., Moradzadeh R. A randomized controlled trial of an educational intervention to promote oral and dental health of patients with type 2 diabetes mellitus // BMC Public Health. – 2020. – Vol. 20, №1. – P. 287.

Цель: разработка программы диагностики стоматологических заболеваний у детей с сахарным диабетом и повышение эффективности первичной профилактики основных стоматологических заболеваний у детей с сахарным диабетом, находящихся под диспансерным наблюдением в эндокринологическом диспансере г. Бухары. Материал и методы: для оценки значимости факторов риска развития стоматологических заболеваний у детей с сахарным диабетом ретроспективно было изучено 14562 истории болезни больных детей, находившихся на стационарном лечении в Бухарском областном эндокринологическом медицинском центре, и 1031 больного ребенка, проходившего лечение по

поводу СД 1-го типа в период с 2017 по 2019 гг. Результаты: при СД 1-го типа в роли агрессивных факторов риска выступают фактор стресса у ребенка, кандидоз полости рта, сахарный диабет в семье и др. Установлен высокий риск развития стоматологических заболеваний у детей с СД 1-го типа при наличии реакция на вакцинации, ЭКД и атопический дерматит, раннее введение, искусственное вскармливание. Выводы: на течение основного заболевания влияла полиморбидность при СД

Ключевые слова: сахарный диабет, ротовая полость, иммунологическая оценка, кариес, прикус, аномалии, дети, гингивит.

Purpose: Development of a program for the diagnosis of dental diseases in children with diabetes mellitus and increasing 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: To assess the significance of risk factors for the development of dental diseases in children with diabetes mellitus, 14562 case histories of sick children who were hospitalized in the Bukhara regional endocrinological medical center and 1031 sick children who were treated for diabetes mellitus were retrospectively studied. type in the period from 2017 to 2019. Results: In type 1 diabetes, the stress factor in the child, oral candidiasis, diabetes mellitus in the family, etc. act as aggressive risk factors. A high risk of developing dental diseases in children with type 1 diabetes in the presence of a reaction to vaccinations has been established. EKD and atopic dermatitis, early introduction, artificial feeding. Conclusions: The course of the underlying disease was influenced by polymorbidity in diabetes

Key words: diabetes mellitus, oral cavity, immunological assessment, caries, occlusion, anomalies, children.

МИЯ ФАЛАЖИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРДА ТИШ КАРИЕСИНИ РОКС ГЕЛИ ОРҚАЛИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ



Мирсалихова Ф.Л., Эронов Ё.Қ.

Тошкент давлат стоматология институти, Бухоро давлат тиббиёт институти

Мия фалажи – бу асаб тизимининг мураккаб касаллиги бўлиб, у миянинг етуқлиги шароитида юзага келади, яъни ҳомила ривожланиши, туғиш ва янги туғилган чақалоқларда мия фалажи мушак-скелет тизимининг шикастланиши, нутқ ва ақлий бузилишлар, эшитиш ва кўриш қобилиятининг пасайиши билан тавсифланади. Карисоген омиллари интенсивлик ва табиатда ҳар хил бўлиши мумкин, уларнинг ўзаро таъсирининг турли хиллари кариеснинг бошланишига ёрдам беради, аммо етакчи омил оғиз бўшлиғининг микрофлораси бўлиб ҳисобланади. Патологик жараёнлар оғиз бўшлиғида микроорганизмлар, озик-овқатда ортиқча миқдордаги углеводлар мавжудлиги ва углеводлар ва микроорганизмларнинг тиш эмаллари билан алоқа қилишида ривожланиши мумкин. Углеводларни истеъмол қилиш кислота шаклланишига олиб келади. Оғиз бўшлиғидаги суякликнинг рН даражаси 6,2 дан паст бўлганда, кўп миқдордаги гидроксиапатитдан сўлак тўйинмаган бўлади, шунинг учун у минераллаштиришдан деминерализация (қаттиқ тиш тўқимасини йўқ қилиш) суяқлигига айланади.

Тиш қаттиқ тўқималарининг (кариес) прогрессив деминерализациясининг тўғридан-тўғри сабаби органик кислоталар бўлиб, уларнинг шаклланиши микроорганизмларнинг узоқ вақт давомида ферментатив фаоллиги билан боғлиқ бўлади. Кариеснинг пайдо бўлиши бир қатор карисоген омилларнинг ўзаро таъсирининг якуний босқичидир. Эпидемиологик изланишларда катта миқдордаги бляшка ва болаларда кариес ривожланиши билан ўзаро боғлиқлиги аниқланган. Оғиз бўшлиғи микрофлорасининг табиати ва ҳолати сўлакнинг асосий хусусиятлари ва таркиби билан белгиланади: турғун ва турғун бўлмаган флоранинг мавжудлиги, эпизиоқлик, рН, ион потенциалли, минерал таркибий қисмлар, органик таркиблар (аминокислоталар, полисахаридлар, витаминлар, пуринлар, пиримидинлар) кўпроқ ривожланади. Мақсад

Мия фалажи билан касалланган болаларда тиш кариесини комплекс даволаш усулларини такомиллаштиришдан иборат.

Материал ва усуллар

Тадқиқот Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти “Болалар стоматологияси” кафедраси илмий ходимлари томонидан Бухоро шаҳар 27 сонли мактаб интернатида тарбияланувчи 11 ёшдан 14 ёшгача бўлган тиш кариеси ва унинг асоратлари мавжуд бўлган 120 нафар бемор болалар ва уларнинг ота-оналари орасида Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан 17.02.2020 йилдаги № 0493 Протокол билан тасдиқланган, “Тиш кариесини комплекс профилактикаси ва даволашни церебрал фалажли болаларда олиб бориш стоматологик беморлар касаллик варақаси” ёрдамида ретроспектив сўровлар, клиник-стоматологик, оғиз бўшлиғи гигиеник индекси, папиляр, маргинал, алвеоляр индекс, кариеснинг тарқалиш ва жадаллик индекслари орқали текширишлар ўтказилди.

Мия фалажи билан касалланган болаларда кариеснинг келиб чиқиши ва оғиз бўшлиғи ёмон гигиенасини эътиборга олган ҳолда, биз илмий изланишларимизни гемипарез, гиперкинетик, атоник-астатик гуруҳига кирувчи 120 нафар бемор болаларни стоматологик текширувдан ўтказдик. Биз стоматологик текширувларимизни гемипарез 46 нафар, гиперкинетик 48 нафар, атоник –астатик 46 нафар бемор болалар гуруҳларга ажратилиб, уларнинг барчаси стоматологик текширувлардан ўтказилди ва даволанди. Назорат гуруҳи сифатида 11-14 ёшли оғиз бўшлиғида кариес касаллиги мавжуд, мия фалажи билан касалланмаган 40 нафар болалар ўрганилди.

Мия фалажи билан касалланган болаларда оғиз бўшлиғи гигиенасини мўътадиллаштириш мақсадида терапевтик ва профилактик чоратadbирлар ўтказдик. Оғиз бўлиғи гигиенасини индивидуал учраш даражасини яратиш учун бемор болаларда Чартер усулида тишларни ювиш йўлга қўйилди. Тишларни ювишда Colgate гелда ювилгандан сўнг эса Натрий фторид таблеткаси тавсия этилди. Бу препаратнинг ўзига хос хусусияти унинг сўлак билан алоқада тез қотиш қобилияти бўлиб, ақли заиф болалар билан ишлаганда ейилиш хавфини минимум даражада камайтиради. Натрий фторид таблеткаси эса тиш эмалида реминерализация жараёнини кечишига

ёрдамлашади ҳамда тинчлантирувчи таъсир кўрсатади.

Мия фалажи билан касалланган болаларда тиш кариесини комплекс даволаш

Мия фалажи билан касалланган болаларда тиш кариесини комплекс даволаш мақсадида «R.O.C.S. Medical Minerals» гели ва Калмазин таблеткалари қўлланилди.

Мия фалажи билан касалланган 120 нафар 11-14 ёшли болаларда «R.O.C.S. Medical Minerals» гелини қўллашда оғиз бўшлиғига 1:10000 даги фурацилин эритмаси билан ишлов берилди. Кариоз бўшлиқлар қуритилиб, пахта пликча ёрдамида гель суртилди. Бемор болаларга Калмазин таблеткасини 1 таб 2 маҳал овқат вақтида 1 ой давомида ичиши тавсия этилди. «R.O.C.S. Medical Minerals» гелини биринчи маротаба қўллашда 14 кундан сўнг иккинчи маротаба қўллашни шу билан даво курсини ҳар 6 ойда қўллашни тавсия этилди. «R.O.C.S. Medical Minerals» гель кариеснинг олдини олиш учун буюрилади ва дастлабки кариесда самарали ҳисобланади. «R.O.C.S. Medical Minerals» гели эмал призмаларида минералларни бойита ва мустаҳкамлигини оширади. Бундан ташқари антикариесоген таъсири, оғиз бўшлиғи микрофлорасини нормаллаштириши ҳам ўрганилди.

Калмазин таблеткасини эса таркибида витамин Д3, кальций карбонат, рух оксиди, магний оксиди, дигидронатрий борат сақлаганлиги сабабли тиш қаттиқ тўқимасида кальций-фосфор алмашинувини таъминлайди бу болаларда бирламчи кариес профилактикасини таъминлайди.

Биз илмий ишларимизда қўллаган «R.O.C.S. Medical Minerals» гели тиш эмалида экзоген кариес профилактикаси учун, калмазин таблеткасини эса эндоген таъсири орқали кариес профилактикасида муҳим аҳамиятга эга.

Назорат гуруҳига олинган 40 нафар болаларда оғиз бўшлиғи гигиенаси нормал ҳолатда бўлганлиги сабабли, профилактик воситалар ишлатилмади.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, ўрганилган бемор болаларда оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолати ҳамда кариес жадаллик индекси орқали текширилганда Гемипарез (C=36) Ki=7.6% кариес жадаллик кўрсаткичи ўртача даражаси, гиперкинетик (C=38) Ki=13.1% кариес жадаллик кўрсаткичи юқори даражаси, атоник-астатик (C=36) Ki=16.7% кариес жадаллик кўрсаткичи жуда юқори даражаси, назорат гуруҳи (C=40) Ki=2.1% кариес жадаллик кўрсаткичи жуда паст даражаси, умумий C=160 Умумий кўрсаткич (160) 100 % ни ташкил этади.

Ушбу даволаш усуллари мия фалажи билан касалланган болаларда кариес касаллигини олдини олишда ва самарали даволашда эрта самарадорликка эришиш мақсадга мувофиқдир.

Адабиётлар

1. Эронов Ё.Қ. Мия фалажи билан касалланган болаларда кариес касаллигининг тарқалиш кўрсаткичларини баҳолаш // Тиббиётда янги кун. – 2020. – №2 (30). – Б. 634-635.

2. Эронов Ё.Қ. Мия фалажи билан касалланган болаларда лошли юшенко красногорский усулида сўлак таркибий хосаларини таҳлилий аниқлаш // Тиббиётда янги кун. – 2020. – №2 (30). – Б. 272-274.

3. Eronov Yo.Q., F.L. Mirsalixova The dynamics of the prevalence of diabetes and the study of dental status in children of the bukhara region // Asian J. Multidimensional Res. – 2019. – Vol. 8. – P. 95-100.

4. Eronov Yo.Q. Dynamics of the prevalence of diabetes and the study of dental status in children of the bukhara region // Int. J. Appl. Res. – 2019. – Vol. 5. – P. 151-154.

5. Mirsalixova F.L., Eronov Yo.Q., Assessment of the evaluation of oral hygiene in children with cerebral palsy // Asian J. Multidimensional Res. – 2020. Vol. 8. – P. 189-191.

6. Mirsalixova F.L., Eronov Yo.Q. Loshli-Yushenko-Krasnagorskiy method of leave in children with brain palasy // Pharma Innovation J. – 2009. – Vol. 4. – P. 601-602.

Цель: совершенствование комплексного лечения кариеса зубов у детей с детским церебральным параличом. **Материал и методы:** под наблюдением были 120 пациентов с кариесом и его осложнениями в возрасте от 11 до 14 лет, воспитанников школы-интерната № 27 г. Бухары и их родители. Проводили клинико-стоматологические исследования, определение гигиенического индекса полости рта, папиллярного, маргинального, альвеолярного индексов с использованием «Стоматологической карты стоматологических больных для комплексной профилактики и лечения кариеса зубов у детей с церебральным параличом». **Результаты:** при обследовании детей выявлен очень высокий уровень интенсивности кариеса, который достигает 100%. Учитывая полученные результаты, всем обследованным были рекомендованы таблетки фториды натрия после чистки зубов гелем Colgate. Отличительной особенностью препарата является его способность быстро затвердевать при контакте со слюной, что сводит к минимуму риск приема пищи при работе с умственно отсталыми детьми. **Выводы:** таблетки фториды натрия способствуют реминерализации зубной эмали и оказывают успокаивающее действие.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, кариес зубов, комплексные методы лечения.

Objective: Improving the complex treatment of dental caries in children with cerebral palsy. **Material and methods:** 120 patients with caries and its complications at the age from 11 to 14 years old, pupils of boarding school № 27 in Bukhara and their parents were under observation. **Clinical and dental**

studies were carried out, determination of the hygienic index of the oral cavity, papillary, marginal, alveolar indices using the «Dental chart of dental patients for complex prevention and treatment of dental caries in children with cerebral palsy.» Results: Examination of children revealed a very high level of caries intensity, which reaches 100%. Taking into account the obtained results, sodium fluoride tablets were recommended for

all surveyed after brushing their teeth with Colgate gel. A distinctive feature of the drug is its ability to quickly harden upon contact with saliva, which minimizes the risk of eating when working with mentally retarded children. Conclusions: Sodium fluoride tablets help remineralize tooth enamel and have a soothing effect.

Key words: infantile cerebral palsy, dental caries, complex treatment methods.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-17>

УДК: 616.314.26-007.23-053.2

БОШЛАНҒИЧ МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА СТОМАТОЛОГИК ПРОФИЛАКТИК ТАЪЛИМ ДАСТУРЛАРИ



Сайдалиев М.Н., Муртазаев С.С.

Тошкент давлат стоматология институти

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг «21-асрда ҳамма учун саломатлик» стратегиясида Европа минтақаси мамлакатлари аҳолиси соғлиғида реал ижобий ўзгаришларга эришишга имкон берган амалий ташаббусларнинг дунё тажрибаси тўпланган. Европа стратегияси томонидан бошқариладиган муҳим вазифалардан бири бу тиш соғлиғидир, унинг мезонларидан бири бу тиш кариеси ва периодонтал касаллик билан касалланишни камайтиришдир. Тиш кариесининг ривожланишига кўп сонли турли хил омиллар таъсир қилади, аммо оғиз гигиенасининг сифати муҳим рол ўйнайди. Кариесни динамик ва қайтариладиган жараён эканлиги ҳақидаги билим кариесни дастлабки босқичларида (бўшлиқ пайдо бўлишидан олдин) аниқлашга қодир бўлган янги технологияларни ривожланишига, уни ўз вақтида даволаш ва олдини олишга олиб келди. Эҳтиёткорлик билан бошқаришга комплекс ёндашувга бирламчи профилактика (оғиз гигиенасини ўргатиш, овқатланишни назорат қилиш, фторли тиш пастаси ва чайиш), иккиламчи профилактика (шикастланишларни эрта аниқлаш, фторли лак, шиша иономер пломба моддалари, кумуш фторли дастурлар) ва минимал аралашув билан учинчи даражали профилактика киради [5].

Асосий стоматологик касалликларнинг бирламчи профилактикаси бўйича чоратадбирларни амалга оширишда энг заиф бўғин ҳам болалар, ҳам катталар учун гигиеник таълим, санитария-маърифий ишлар ва стоматологик таълимдир. Аҳолининг паст санитария маданияти тиш касалликлари пайдо бўлишининг асосий хавф омилдир.

Тиш кариеси профилактикасининг олдини олиш бўйича катта ютуқларга қарамай, ушбу касаллик

ҳали ҳам дунёнинг аксарият мамлакатларида аҳоли саломатлиги учун жиддий муаммо бўлиб қолмоқда, айниқса реконструктив даволаниш нархининг муттасил ошиши, кариес ва бир қатор мумий касалликларнинг кенг тарқалиши билан боғлиқ [3]. Исботланган самарали воситалардан бири, тиш касалликларини камайтиришга қаратилган жамоат профилактик дастурлари ва уларнинг муҳим бўғини – мактаб стоматологик дарслари [1]. Ушбу тизим туфайли бола бутун мактаб давомида бутун профилактика ёрдами олиши мумкин [4]. Мактаб стоматологик кабинетлари ёпилиши муносабати билан болаларни тиббий кўрикдан ўтказиш даражаси ва сифатининг сезиларли пасайиши кузатилди [6].

Шу билан бирга, дунёнинг кўплаб мамлакатларида турли хил мактаб профилактик таълим стоматологик дастурлари фаол равишда амалга оширилмоқда [4]. Ушбу дастурларнинг муҳим жиҳати – оғизнинг бўшлиғи гигиенаси, овқатланиш ва соғлом турмуш тарзини ўргатишдир. Бундай дастурлар тиш кариесининг ўсишини 40% камайтиришга ёрдам беради [3].

2019 йил октябр ва ноябр ойларида Оролбўйи минтақастаги мактабларда тахсил олаётган ўқувчилари орасида ўтказилган анкета сўровномасида 2-5 синфларнинг 340 нафар ўқувчиси иштирок этди. Энг ажабланарлиси, ўқувчиларнинг ўндан бир қисмигина, яъни 34 нафаригина охириги йилда врач-стоматолог хузурига бормаган. Деярли ярми 169 нафари эса камида 1-2 марта стоматолог давосига мухтожлик сезган. 84 нафари эса 3-4 марта ёки ундан ҳам кўпроқ марта врач-стоматологга мурожат этган [2].

Мақсад

Оғиз бўшлиғи гигиена қоидаларини ўйин

тарзида ўргатиш ва тиш ювиш техникасини тиш-жағ моделида шакллантириш.

Маълумотлар ва текшириш усуллари

Стоматологик ёрдам баҳолаш (СЙБ) 8-10 ёшли болаларда амалга оширилди. Бунда 84 бола асосий ва 91 бола назорат гуруҳига бўлинди.

Стоматологик саломатлик дарслари 6 босқичга бўлинади.

1 босқич – болалар билан танишиш.

Бу босқичда ўқувчилар стоматологлар билан танишишди ва соғлом турмуш тарзи ҳақида дарс

олишди.

2 босқич – тушунарсиз сўзларни таҳлил қилиш.

Дарс давомида стоматолог, тиш караши, кариес, тиш пастаси, тиш щёткаси ва фторид каби сўзлар тушунтирилди.

3 босқич – мультфилм томоша қилиш.

Мультфилм бошланишидан олдин тиш шахри ва унда яшовчи тиш химоячилари ҳақида маълумот берилди.

4 босқич – оғиз бўшлиғи гигиенасини ўргатиш (расм 1).



Расм 1.

5 босқич – тиш ювиш техникасини ўргатиш (тиш-жағ моделида) (расм 2)

Тишларни тиш пастаси ёрдамида бир кунда 2 маротаба: эрталаб нонуштадан сўнг ва кечқурун ухлашдан олдин ювиш. Ҳар куни тиш ипидан (флос) фойдаланиш. Ширинлик ва чипсларни истеомол қилмаслик. Йилда 2 маротаба стоматолог

қабулига бориш.

Тишларнинг ташқи ва ички юзасини супурувчи ҳаракат ёрдамида милк қирғоғидан тиш қиррасигача ювиш. Тишларнинг чайнов юзасини олди орқа ҳаракати ёрдамида ювиш. Тилни ювишни ҳам унутмаслик зарур.



Расм 2

6 босқич – тарқатма материаллар ва уйга вазифани бериш (расм 3).

Болаларга тарқатилган календарларни ҳар куни 2 маҳал тиш ювгандан сўнг белгилаш. Бир ойдан

сўнг тўлдирилган календарларни олиб келиш ва “Тиш химоячиси” дипломи топширилди. Уйда фойдаланиш учун тиш ювиш календари, тиш ювиш шёткаси ва пастаси берилди.

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Календарь чистки зубов
Зубного Защитника

Тренируйся каждый день, чтобы обладать Супервией Ослепительной Улыбкой

Ставь галочку каждый раз, когда чистишь зубы:

ДЕНЬ 1	ДЕНЬ 2	ДЕНЬ 3	ДЕНЬ 4	ДЕНЬ 5	ДЕНЬ 6	ДЕНЬ 7
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ДЕНЬ 8	ДЕНЬ 9	ДЕНЬ 10	ДЕНЬ 11	ДЕНЬ 12	ДЕНЬ 13	ДЕНЬ 14
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ДЕНЬ 15	ДЕНЬ 16	ДЕНЬ 17	ДЕНЬ 18	ДЕНЬ 19	ДЕНЬ 20	ДЕНЬ 21
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ДЕНЬ 22	ДЕНЬ 23	ДЕНЬ 24	ДЕНЬ 25	ДЕНЬ 26	ДЕНЬ 27	ДЕНЬ 28
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ДЕНЬ 29	ДЕНЬ 30	ДЕНЬ 31				
☐	☐	☐				

Я чистил зубы зубной пастой _____ дней, чтобы уберечь зубную эмаль между зубами

Я никому не давал пользоваться своей зубной щеткой

Я стараюсь перекусывать мягкой едой и есть меньше сладостей, чтобы защитить зубы от «кислотных атак»

Я всегда на время к стоматологу _____ раз

Правила тренировки «Супервией» Ослепительной Улыбки

- Чисти зубы зубной пастой с фтором 2 раза в день: после завтрака и перед сном
- Используй зубную нить каждый день, чтобы убрать зубной налет между зубами
- После каждой чистки зубов используй ополаскиватель для полости рта с фтором
- Не перекусывай сладким слишком часто
- Регулярно посещай стоматолога 2 раза в год

Colgate
ОСЛЕПИТЕЛЬНАЯ
УЛЫБКА
НА ВСЮ ЖИЗНЬ

ИНФОРМАЦИЯ
ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Здоровые полости рта – важная составляющая общего здоровья Вашего ребенка. Именно Вы можете привить своему ребенку правильные навыки ухода за полостью рта с самого раннего детства и стать примером для подражания.

Профилактические меры помогут Вашему ребенку сохранить здоровые зубы и десны, а также ослепительную улыбку, которой он будет с радостью делиться с окружающими.

ЧИСТИТЕ ЗУБЫ

Почему это важно:

- Дети должны чистить зубы зубной пастой с фтором не менее 2 раз в день: после завтрака и перед сном.
- Регулярная чистка зубов поможет Вашему ребенку сохранить зубы и десны здоровыми.
- Во время чистки зубов удаляется зубной налет, который может привести к развитию кариеса. Фторид в зубной пасте помогает укрепить зубы и предотвратить кариес.

ЕЖЕДНЕВНО ИСПОЛЬЗУЙТЕ ЗУБНУЮ ЛЕНТУ

Почему это важно:

- Ежедневное использование зубной ленты поможет удалить налет, недоступный для зубной щетки.
- Чистите зубы лентой своему ребенку, пока ему/ей не исполнится 8 лет.

ИСПОЛЬЗУЙТЕ ФТОРИДСОДЕРЖАЩИЙ ОПОЛАСКИТЕЛЬ ДЛЯ ПОЛОСТИ РТА

Почему это важно:

- Фториды укрепляют зубы и помогают защитить их от кариеса.
- Фторидсодержащий ополаскиватель обеспечивает дополнительный уровень защиты зубов, уславная противовоспалительные свойства зубной пасты с фтором.

ОГРАНИЧЬТЕ КОЛИЧЕСТВО ПЕРЕКУСОВ, чтобы остановить «кислотную атаку»

Почему это важно:

- Во рту каждого человека в норме присутствуют бактерии. При взаимодействии с пищей они вырабатывают кислоты, которая негативно воздействует на зубы, способствуя развитию кариеса.
- Каждый прием пищи вызывает «кислотную атаку» во рту ребенка в течение примерно 30 минут. Вот почему важно ограничить количество перекусов из сладких и липких продуктов, а также не разрешать ребенку часто перекусывать в течение дня.

Один перекус:
5 конфет съеденных за один раз = 500мг «кислотной атаки»
20 минут негативного воздействия

Частые перекусы:
5 конфет съеденных по одной в течение дня = 1000мг «кислотной атаки»
300 минут негативного воздействия

РЕГУЛЯРНО ПОСЕЩАЙТЕ СТОМАТОЛОГА

Почему это важно:

- Стоматолог и гигиенист – друзья Вашего ребенка! Сохранение здоровой полости рта – в надежные регулярные осмотры они проверяют состояние зубов и десен ребенка, чтобы предотвратить возможные проблемы.
- Регулярно посещайте стоматолога 2 раза в год, даже если зубы ребенка не болят.

Для более подробной информации о правильном уходе за полостью рта ребенка посетите сайт www.colgate.ru.

Colgate
РЕКОМЕНДАЦИЯ СТОМАТОЛОГОВ №1*

* В рейтинге средств для ухода за полостью рта в России, по данным исследования 2000 НИИ СДМ, 2014г.



Расм 3.

Натижа

Хар бир даражада болани адаптациясига, ҳамда болаларни стоматолог қабулидаги кўрқувни камайтиришга эришилди.

Мактабларда режали кўрик стоматологик дастур бошлангандан сўнг 6 ойда амалга оширилди. Кўрик давомида олинган маълумотлар ёрдамида индивидуал карталар тўлдирилди.

Дастурни амалга ошириш самарадорлигининг мезонлари сифатида РМА индекси, КПУ+кп, ГИ индекси ва кариес жадаллиги таҳлил қилинди.

Асосий	Олдин	Кейин	t
РМА, n=84	1,86±0,43	2,68±0,59	1,13
КПУ+кп (кп), n=84	4,52±0,24	0,95±0,16	12,29
ГИ, n=84	1,86±0,11	0,33±0,07	11,47
Кж, n=84	5,26±0,14	3,39±0,25	6,53

Назорат	Олдин	Кейин	t
РМА, n=91	1,47±0,46	4,69±0,68	3,92
КПУ+кп (кп), n=91	4,13±0,24	0,92±0,16	11,30
ГИ, n=91	1,73±0,10	0,41±0,07	10,71
Кж, n=91	5,04±0,40	3,10±0,40	3,43



Хулоса

Натижада асосий гуруҳда назорат гуруҳига нисбатан КПУ+кп, ГИ ва кариес жадаллиги индекси қийматлари сонини камайганлигини кўриш мумкин.

Адабиётлар

1. Адмакин О.И., Скатова Е.А., Шломина А.М. и др. Использование элементов арт-терапии в оценке эффективности стоматологических профилактических программ у детей // Стоматол. детского возраста и проф. – 2014. – №2. – С. 35-40.
2. Дадабаева М.У., Зиядуллаева Н.С., Мирхошимова М.Ф., Абдуллаев С.С. Орол бўйида жойлашган ҳудудлардаги болалар ва катталарнинг стоматологик маданиятини ошириш // Stomatologiya. – 2020. – №1. – С. 15-19.
3. Кузьмина Э.М. Типовая модель для разработки регионально ориентированных программ профилактики стоматологических

заболеваний, предназначенных для детского населения // Стоматол. детского возраста и проф. – 2003. – №3-4. – С. 23-27.

4. Малыгина М.А., Лисина Г.В., Данько Е.О., Флейшер Г.М. Внедрение комплексной первичной стоматологической профилактики у детского населения г. Липецка // Стоматол. детского возраста и проф. – 2005. – №3-4. – С. 21-29.

5. Нагоева М.М. Улучшение качества жизни у детей как критерий эффективности образовательных программ профилактики стоматологических заболеваний: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 24 с.

6. Олейник Э.А. Изучение влияния социально-экономических факторов среды на состояние полости рта у детей // Стоматол. детского возраста и проф. – 2009. – №1. – С. 39-44.

Резюме:

Распространенность заболеваний полости рта, необходимость лечения среди младших школьников и низкий уровень стоматологической помощи повышают актуальность проблемы организации стоматологической помощи. В статье рассматриваются препятствия на пути к стоматологической помощи детям младшего школьного возраста и пути их преодоления.

Ключевые слова: младшие школьники,

стоматологическая помощь, профилактика.

Summary:

The prevalence of oral diseases, the need for treatment among primary school children and the low level of dental care increase the urgency of the problem of organizing dental care. This article discusses the barriers to dental care for primary school age children and ways to overcome them.

Key words: junior schoolchildren, dental care, prevention.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-18>

УДК:616.716.8-002-053.3 – 089.168

ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ, ПЕРЕНЕСЕННЫХ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ



Эшбадалов Х.Ю., Махкамова Ф.Т., Насретдинов З.Т., Нажмиддинов Б.Б., Эшбадалов Н.Х.

Андижанский государственный медицинский институт, Ташкентский педиатрический медицинский институт

Остеомиелиты челюстей, перенесенные в раннем детском возрасте, особенно в случаях хронического их течения, осложняются различными деформациями лица и нарушением зубочелюстной системы [4]. Выраженность этих нарушений напрямую зависит от длительности остеомиелитического процесса и возраста ребенка. У детей младшей возрастной группы при продолжительном течении остеомиелита деформации челюстно-лицевой области проявляются в большей степени [1,3].

Существенную роль в характере возникающих нарушений играет также локализация патологического очага и его распространенность [2,5]. Механизм возникновения деформаций и их клиническая характеристика неодинаково проявляются на верхней и нижней челюстях [6,7].

Цель исследования

Изучение отдаленных исходов остеомиелита челюстей, перенесенных в раннем детском возрасте.

Материал и методы

В 2016-2018 гг. из 502 детей, находящихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии областного многопрофильного детского центра города Андижана с диагнозами острый и хронический остеомиелиты челюстей поступили 215 (47,8%).

Результаты

Все наблюдаемые после остеомиелита верхней

челюсти нарушения можно распределить на 3 группы. Во-первых, это деформации мягких тканей лица: западения в области нижнеглазничного края пораженной половины верхней челюсти, рубцовые изменения в этой области и выворот нижнего века, иногда утолщение соответствующей щеки.

Во-вторых, это деформации самой верхнечелюстной кости – ее недоразвитие, сопровождающееся уменьшением размеров, недоразвития гайморовой пазухи и изъёны нижнеглазничного края.

В-третьих, это дефекты и деформации в пределах зубных рядов – частичная адентия, гипоплазия эмали и деформация жевательных поверхности постоянных зубов, косой и обратный прикус – ложная прогения.

Западение в области нижнеглазничного края объясняется изъёмом кости верхней челюсти в результате ее секвестрации при хроническом течении остеомиелита. Рубцовые деформации кожи в этом месте и выворот нижнего века являются следствием многократных рецидивирующих абсцессов под глазницей, что характерно для хронического остеомиелита верхней челюсти у детей.

Наблюдаемое иногда утолщение щеки происходит вследствие нарушения лимфообращения в этой области вследствие рубцовых изменений в мягких тканях после хронического рецидивирующего остеомиелита

верхней челюсти.

Недоразвитие верхней челюсти, сопровождающееся перекрестным и обратным прикусом, происходит в результате гибели зачатков молочных зубов или их удаления во время операции – секвестрэктомии (это подтверждается и экспериментальными данными – удаление зачатков молочных зубов из одной половины верхней челюсти у щенков приводит к деформациям, аналогичным тем, которые наблюдаются в клинике при соответствующих условиях).

Удаление зачатков постоянных зубов подобными явлениями не сопровождается. Можно полагать, что зачатки молочных зубов в какой-то мере являются зонами роста верхней челюсти.

Уменьшение размеров верхнечелюстной пазухи, определяемое при рентгенографическом исследовании, наблюдается только у тех больных, у которых остеомиелит осложнился хроническим гайморитом. С возрастом эти изменения сглаживаются. Надо полагать, что, наряду с недоразвитием одной половины верхней челюсти на почве остеомиелита, основной причиной уменьшения размеров верхнечелюстной пазухи является хронический гайморит.

Гипоплазия эмали зубов, деформации зубного ряда, аномалии положений отдельных зубов происходят вследствие поражения зачатков зубов воспалительным процессом или операционной травмой.

После остеомиелита нижней челюсти наблюдается анкилоз челюстно-височного сустава, укорочение половины нижней челюсти с ее смещением в пораженную сторону с западением подбородка, резкое нарушение прикуса отраженная деформация верхней челюсти. На коже по ходу нижней челюсти остаются рубцы в местах вскрытия абсцессов и флегмон.

Анкилоз челюстно-височного сустава возникает вследствие гнойного артрита, как осложнения остеомиелита нижней челюсти. В тех случаях, когда воспалительный процесс поражает суставной отросток, ветвь и угол челюсти, которые являются ее зонами роста, отмечается укорочение всей половины нижней челюсти, как тела, так и ветви, что, в свою очередь, сопровождается западением подбородка и смещением его в больную сторону. При этом, как правило, развивается перекрестный прикус. Отраженная деформация верхней челюсти возникает, очевидно, вследствие нарушения прикуса. Верхняя челюсть, утрачивая опору в зубах нижней челюсти, сдавливается с боков мягкими тканями щек.

Альвеолярные отростки верхней челюсти вместе с зубами наклоняются внутрь, свод нёба углубляется, и размер всей челюсти в поперечном направлении уменьшается. Аномалии положения отдельных зубов, деформации коронок

и гипоплазия эмали возникают вследствие поражения зачатков зубов.

Отраженной деформации нижней челюсти при нарушении в развитии верхней челюсти и даже при дефектах ее половины не наблюдалось.

Выводы

1. Профилактика возникновения описанных дефектов и деформаций состоит в своевременной диагностике остеомиелита челюстей, раннем и рациональном лечении с максимальным щадящим отношением к зачаткам молочных и постоянных зубов.

2. После выздоровления необходимо систематическое наблюдение за ребенком врача-ортодонта для выявления и лечения возникающих нарушений прикуса.

Литература

1. Азимов М. Диагностика и патогенетические аспекты терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 1991. – 316 с.
2. Алешина О.Е. Дифференциальная диагностика гнойных и негнойных воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 28 с.
3. Бажанов Н.Н., Соловьев М.М., Рогинский В.В. Итоги обсуждения классификации острых одонтогенных воспалительных процессов // Стоматология. – 1990. – №3. – С. 87-89.
4. Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта. – М.: Медицина, 1991. – С. 237-254.
5. Вернадский Ю.И., Юсубов Ю.А. Одонтогенные остеомиелиты челюстей у детей // Стоматология. – 1986. – №6. – С. 35-37.
6. Martin M.V., Longman L.P., Hill J.B., Hardy P. Osteomyelitis // Brit. Dent. J. – 1997. – Vol. 183, №4. – P. 135-137.
7. Oulis C., Berdoussis E., Vadiakas G. Остеомиелит Гарре необычного происхождения у 8-летнего ребенка // Педиатр. стоматол. – 2000. – Vol. 10, №3. – P. 240-244.

Цель: изучение отдаленных исходов остеомиелита челюстей, перенесенных в раннем детском возрасте. Материал и методы: в 2016-2018 гг. из 502 детей, находящихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии областного многопрофильного детского центра города Андижана с диагнозами острый и хронический остеомиелиты челюстей поступили 215 (47,8%). Результаты: остеомиелиты челюстей, особенно с хроническим течением, перенесенные в раннем детском возрасте, осложняются различными деформациями лица и нарушением зубочелюстной системы, выраженность которых находится в прямой зависимости от длительности остеомиелитического процесса и возраста ребенка. Выводы: профилактика возникновения дефектов и деформаций состоит в своевременной диагностике

остеомиелита челюстей, раннем и рациональном лечении с максимальным щадящим отношением к зачаткам молочных и постоянных зубов с последующим наблюдением у врача-ортодонта.

Ключевые слова: лечение, хронический остеомиелит, одонтогенный остеомиелит, челюстно-лицевая область, дети, прикус.

Maqsad: erta bolalik davrida o'tkazilgan jag'osteomiyelitining uzoq muddatli natijalarini o'rganish. Material va uslublar: 2016-2018 yillarda. Andijon shahar mintaqaviy ko'p tarmoqli bolalar markazining yuz-yuz jarrohligi bo'limida jag'ning o'tkir va surunkali osteomiyelit tashxisi bilan davolanayotgan 502 boladan 215 nafari (47,8%) qabul qilindi. Natijalar: jag'larning osteomiyeliti, ayniqsa surunkali yo'l bilan, erta bolalik davrida o'tkazilgan, yuzning turli xil deformatsiyalari va dentoalveolyar tizimdagi buzilishlar bilan murakkablashadi, ularning og'irligi osteomiyelit jarayonining davomiyligi va bolaning yoshiga bevosita mutanosibdir. Xulosa: nuqsonlar va deformatsiyalarning oldini olish jag'larning osteomiyelitini o'z vaqtida tashxislashdan, sut va doimiy tishlarning rudimentlariga maksimal darajada tejamkorlik bilan munosabatda bo'lish bilan erta va oqilona davolashdan so'ng ortodontist kuzatuvidan iborat.

Kalit so'zlar: davolash, surunkali osteomiyelit, odontogen osteomiyelit, maxillofasiyal mintaq, bolalar, luqma.

Purpose: To study the long-term outcomes of osteomyelitis of the jaws, transferred in early childhood. Material and methods: In 2016-2018. Of the 502 children undergoing treatment in the department of maxillofacial surgery of the regional multidisciplinary children's center of the city of Andijan with diagnoses of acute and chronic osteomyelitis of the jaws, 215 (47.8%) were admitted. Results: Osteomyelitis of the jaws, especially with a chronic course, transferred in early childhood, is complicated by various deformities of the face and disorders of the dentoalveolar system, the severity of which is in direct proportion to the duration of the osteomyelitis process and the age of the child. Conclusions: The prevention of defects and deformities consists in the timely diagnosis of osteomyelitis of the jaws, early and rational treatment with the maximum sparing attitude to the rudiments of milk and permanent teeth, followed by observation by an orthodontist.

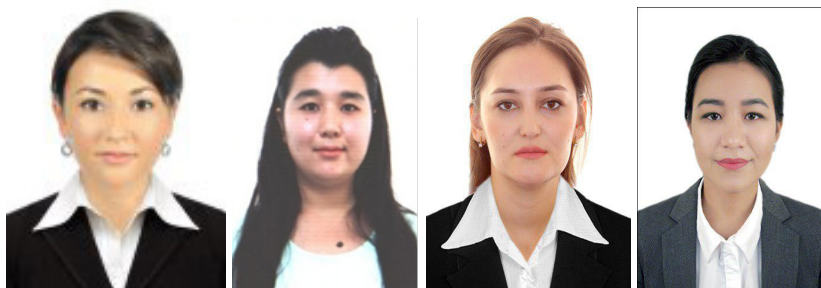
Key words: treatment, chronic osteomyelitis, odontogenic osteomyelitis, maxillofacial region, children, bite.

Обзорные статьи

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-19>

УДК: 616.31-002.157.2-08

ОПТИМИЗИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ



Алимова Д.М., Абдуллаева М.Р., Юлдашева Н.А., Таджиева К.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Выбор метода комплексного лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС) зависит от знания патогенеза и состава микрофлоры слизистой оболочки полости рта (СОПР) [6,17]. Многие исследователи изучают у пациентов с ХРАС микробиоценоз полости рта и только затем целенаправленно проводят комплексные лечебные мероприятия. Утверждают, что полость рта часто колонизируют лактобациллы, способные продуцировать протеазы, пептидазы и бактериоциты, выполняя физиологически важную функцию поддержания постоянства внутренней среды организма.

Лактобациллы участвуют в обеспечении неспецифической резистентности и становятся частью экологического барьера. В этом случае лактобактерии оказывают антагонистическое действие на патогенные микроорганизмы, блокируя рецепторы эпителиоцитов, защищая их самих от болезнетворных микроорганизмов [1,2]. В предотвращении этой формы болезни особую роль играют средства локального и общего действия [24].

Лечение зависит от формы стоматита. Так, при некоторых формах авторы предлагают использовать кортикостероидные препараты, обладающие

противовоспалительным, десенсибилизирующим действием (преднизолон, дексаметазон) [20,21]. Плазмафорез способствует восстановлению общего статуса пациентов, уменьшению сроков эпителизации афт, достижению длительных ремиссий, положительной динамике показателей гомеостаза в процессе [4]. И.М. Рабинович и соавт., применяли 0,12% раствор хлоргексидина, оказывающего не только дезинфицирующее, но и выраженное обезболивающее действие, раствор Тантум Верде и др. [15,16].

Эффективным антисептическим и противовоспалительным средством считается препарат Метрогил Дента, оказывающий в процессе применения местное обезболивающее действие. При стоматите при удалении некротического налета с поверхности элементов поражения рекомендуется использовать протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин). Метилурацил и масло шиповника назначают для ускорения сроков эпителизации патологических элементов при ХРАС. Некоторые специалисты с целью увеличения свойств неспецифической реактивности организма рекомендуют применять высокополимерные липопротеидные комплексы, ферменты, плазмафорез и кортикостероиды [4]. С целью увеличения положительного результата некоторые авторы предлагают применять растворимые лекарственные пленочки, имеющие в своем составе вещество, способное связываться с плотным носителем. Пленочки имеют следующий комплекс препаратов: кортикостероидные, антибактериальные, антисептические, иммуномодулирующие [11].

Несмотря на огромную значимость общего лечения стоматитов, большое значение имеет и местное воздействие [14]. В частности к таким методам относятся антисептическая обработка СОПР, лечебное воздействие на травмированные и инфицированные участки, использование обезболивающих, противомикробных, противовоспалительных и кератопластических средств.

При проведении микробиологических исследований пациентов с ХРАС обнаруживаются изменения микробиоценоза полости рта. Устранение патогенности осуществляется применением 0,02% раствора фурацилина, 0,02% раствора этакридина, обладающих антисептическими свойствами, уменьшающих болезненные ощущения при стоматите [11]. К средствам локального воздействия относятся многие лекарственные средства, повышающие эффективность общего лечения.

Многие исследователи подчеркивают, что только длительное лечение ХРАС может дать положительный эффект [14,18].

Одним из эффективных физических методов лечения ХРАС считается лазеротерапия,

которая снимает воспаление и ускоряет заживление слизистой оболочки [13]. В комплекс лечения стоматитов целесообразно включать физиотерапевтические методы. Так, сегодня активно используется поляризованный свет с длиной волны от 400 до 2000 нм. Механизм объясняется следующим образом. Излучаемый лампой Бионик (Zepter, Швейцария) свет, проникая в ткани на глубину до 2,5 мм, повышает ферментативную активность и скорость обменных и окислительно-восстановительных процессов в организме, усиливает кровообращение и лимфообращение, повышает иммунные и защитные свойства в организме, регулирует деятельность нервной системы и нейронов, ускоряет регенерацию тканей, дополнительно оказывая стимулирующее действие. Также и синий свет при лечении патологии слизистой оболочки рта, наряду с другими известными средствами физиотерапии, расширяет арсенал патогенетических средств. Использование данного метода позволяет избежать побочных реакций, свойственных фармакотерапии, считается легко переносимым пациентами и безболезненным, и может использоваться как самостоятельный лечебный метод, воздействующий на местные и общие причины развития ХРАС [7]. Стоматиты можно лечить, применяя гипербарическую оксигенотерапию, без вредного влияния на организм [12].

Ключевым подходом и общепринятым правилом во время лечения стоматитом является рациональное питание, включающее обильное питье дистиллированной воды, употребление овощей, фруктов, бульонов, молочных продуктов.

Во время лечения из рациона необходимо исключить острые, соленые, пряные продукты, отказаться от вредных привычек [23]. При назначения комплексной патогенетической фармакотерапии следует учитывать особенности течения ХРАС и общее состояние организма [8]. Обследовать пациентов с ХРАС нужно совместно и с другими специалистами, потому что стоматиты могут быть проявлением и общих сопутствующих заболеваний. Стоматиты могут вызывать болезнь Крона, язвенный колит [10], заболевания желудочно-кишечного тракта и крови [5]. Постепенно начинает снижаться иммунитет, поэтому нужно комплексное лечение должно включать иммуномодуляторы или иммуностимуляторы: декарис, Т-активин, даларгин, галавит. По мнению зарубежных специалистов, назначение декариса является профилактикой рецидивов ХРАС [26].

В то же время некоторые авторы говорят об отсутствии положительного восстановления у пациентов со стоматитом [27]. Считают, что если применять эти препараты в меньшем количестве, то их действие будет иммуностимулирующим,

если в большем – то иммунодепрессивным. В связи с угнетением местного иммунитета и необходимостью его коррекции рекомендуется иммунокорректор имудон [9].

Особое внимание следует уделять обеспечению организма витаминными комплексами, что предупреждает рецидивы заболевания. Комплекс витаминов С, В улучшают нервную деятельность и трофику тканей [22,25]. Показанием к использованию эубиотиков местного воздействия (ацелак, бифилиз) и системного действия (Хелак форте) является длительное течение ХРАС [18]. Высокоэффективные лекарственные препараты на основе кремнийорганического глицерогидрогеля [19].

Специфическое воздействие на организм оказывают гомеопатические препараты. Так, хорошо зарекомендовал себя гомеопатический препарат траумель С, восстанавливающий анаболизм и катаболизм в организме и предупреждающий рецидивы заболевания [3].

Выводы

1. Для назначения адекватного лечения ХРАС необходимо изучение этиологии, патогенез, гистологического строения пораженного афтозным стоматитом участка и состава микрофлоры.

2. Известно множество различных высокоэффективных методов для лечения ХРАС, каждый из которых имеет свои достоинства и недостатки.

Литература

1. Алимова Д.М., Камиллов Х.П. Повышение эффективности лечения рецидивирующего афтозного стоматита с применением озона: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2018. – 38 с.
2. Алимова Д.М., Камиллов Х.П., Бекжанова О.Е. Роль про и противовоспалительных цитокинов в патогенезе рецидивирующего афтозного стоматита // Клини. стоматол. – 2017. – №1. – С. 20-24.
3. Барер Г.М., Зорян Е.В., Зорян А.В. Антигомотоксическая терапия: новый подход к лечению стоматологических заболеваний с использованием гомеопатии // Стоматология для всех. – 1999. – Т. 9, №4. – С. 20-23.
4. Борисова О.В., Елькова Н.Л., Щербаченко О.И. и др. Применение плазмафореза в лечении рецидивирующего афтозного стоматита // Стоматология. – 1997. – Т. 76, №3. – С. 23-25.
5. Боровский Е.В., Машкиллейсон А.Л. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. – М.: МЕДпресс, 2001. – 319 с.
6. Дроботько Л.Н., Страхова С.Ю. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит // Рос. мед. журн. – 2006. – №29. – С. 2096-2098.
7. Ешиев А.М., Азимбаев Н.М., Курманбеков Н.О. Комплексное лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита с применением синего света // Вестн. ОшГУ. – 2015. – №3. – С. 120-123.
8. Зорян Е.В. Современные направления фармакотерапии заболеваний слизистой оболочки полости рта // Клини. стоматология. – 2009. – №3. – С. 22-25.
9. Ионов В.В. Состояние местного иммунитета, свободнорадикальных процессов и антиоксидантной защиты в слюне при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 125 с.
10. Кветной И.М., Робакидзе Н.С., Костючек И.Н., Щукина О.Б. Морфологические и иммуногистохимические характеристики слизистой оболочки полости рта у больных воспалительными заболеваниями кишечника // Клини. мед. – 2009. – Т. 87, №11. – С. 49-51. 20
11. Лукиных Л.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний в условиях района крупного индустриального города: Дис. ... д-ра мед. наук. – Н. Новгород, 2000. – 310 с.
12. Лукиных Л.М. Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии: Учеб. пособие. – Н. Новгород: НГМА, 2005. – 36 с.
13. Прохончуков А.А., Жижина Н.А. Применение лазерного физиотерапевтического аппарата Оптодан для профилактики и лечения стоматологических заболеваний: Метод. рекомендации. – М., 1994. – 42 с.
14. Рабинович И.М., Банченко Г.В. Рецидивирующий афтозный стоматит. Клиника, диагностика и лечение // Клини. стоматол. – 1998. – №3. – С. 26-28.
15. Рабинович И.М., Банченко Г.В., Рабинович О.Ф. Проблемы патологии слизистой оболочки рта и перспективы научных исследований // Труды 5-го съезда Стоматологической Ассоциации России. – М., 1999. – С. 202-204.
16. Рабинович И.М., Банченко Г.В., Рабинович О.Ф., Безрукова И.В. Применение Тантум Верде при лечении заболеваний слизистой оболочки полости рта // Стоматология. – 1997. – №2. – С. 76.
17. Рабинович И.М., Рабинович О.Ф., Вахрушина Е.В. Рецидивирующий афтозный стоматит – классификации, клинические формы и лечение (ч. II) // Стоматология. – 2010. – №3. – С. 76-80.29
18. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Гусева А.В., Абрамова Е.С. Лечение больных с рецидивирующим афтозным стоматитом, осложненным дисбактериозом полости рта // Клини. стоматол. – 2009. – №3. – С. 18-20.
19. Ронь Г.И., Чернышева Н.Д., Хонина Т.Г. Эффективность лечения инфекционно-воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта с использованием препарата на основе кремнийорганического глицерогидрогеля // Дентал Юг. – 2008. – Т. 56, №7. – С. 32-34.

20. Altenburg A., Abdel-Naser M.B., Seeber H. et al. Practical aspects of management of recurrent aphthous stomatitis // J. Europ. Acad. Dermatol. Venereol. – 2007. – Vol. 21, №8. – P. 1019-1026.

21. Boldo A. Major recurrent aphthous ulceration: case report and review of the literature // Conn. Med. – 2008. – Vol. 72, №5. – P. 271-273.

22. Burgan S.Z., Sarwair F.A., Amarín Z.O. Hematologic status in patients with recurrent aphthous stomatitis in Jordan // Saudi Med. J. – 2006. – Vol. 27, №3. – P. 381-384.

23. Gül U., Kiliç A., Gönül M. et al. Clinical aspects of epidermodysplasia verruciformis and review of the literature // Int. J. Dermatol. – 2007. – Vol. 46. – P. 1069-1072.

24. Neville B.D., Damum D.D., Allen C.M., Bouquot J. Oral and maxillofacial pathology // Medical. – 2008. – Vol. 34. – P. 968.

25. Ogrita M., Yamamoto T., Morita M., Watanabe T. A case-control study on food intake of patients with recurrent aphthous stomatitis // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2001. – Vol. 91, №1. – P. 45-49.

26. Sun A., Wang J.T., Chia J.S., Chiang C.P. Levamisole can modulate the serum tumor necrosis factor-alpha level in patients with recurrent aphthous ulceration // J Oral Pathol Med. – 2006. – Vol. 35, №2. – P. 111-116.

27. Weckx L.L., Hirata C.H., Abreu M.A. et al. Levamisole does not prevent lesions of recurrent aphthous stomatitis: a double-blind placebo-controlled clinical trial // Rev. Assoc. Med. Bras. – 2009. – Vol. 55, №2. – P. 132-138.

Резюме: В комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита играет роль не только состояние слизистой оболочки полости рта пациентов, но и состав микрофлоры. Известно множество различных высокоэффективных методов для лечения ХРАС, каждый из которых имеет свои достоинства и недостатки.

Ключевые слова: афтозный стоматит, неспецифическая резистентность, лазерная терапия, глицерогидрогель.

Summary: Important in the complex treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis is played not only by the oral mucosa of patients, but also by the microbiocenosis, i.e. the composition of the microflora, in which there are local and harmful foreign microbacteria, affecting the body and reducing immunity and affecting the formation of stomatitis in patients. It is to carry out local and general therapy with effective drugs or other evidence-based methods in the process.

Key words: aphthous stomatitis, nonspecific resistance, laser therapy, glycerohydrogel.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-20>

УДК: 616.314.18. – 002.001.73 (083.44)

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ.



Азимов А.М. Турсуналиев З.З., Шадманов А.А.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.

Хронический апикальный периодонтит (деструктивный остит) является очагом хронической интоксикации и сенсибилизации организма, представляя собой потенциальную угрозу развития острого, хронического остеомиелита челюстей. Лечение хронического деструктивного остита является одной из важных проблем, с которой сталкивается врач-стоматолог в своей практической деятельности(1). Консервативное лечение направлено на элиминацию микробной флоры, стимуляцию регенераторных процессов кости периапикальной области и полноценную obturation для предотвращения реинфекции системы корневых каналов и тканей периодонта. Также оно является наименее травматичным методом для пациента

[1].

Вопрос инструментального и медикаментозного воздействия на деструктивные процессы в заапикальной области является широко дискутируемым на протяжении многих лет и продолжается до настоящего времени. Традиционная техника санации заапикального очага через корневой канал не всегда результативна. В настоящее время с целью санации патологического очага предложены методы активного дренирования через корневой канал и трепанационное отверстие и верхушки корня. Активная нехирургическая техника декомпрессии. Этот метод использует вакуумную систему Endo-eze, которая, создавая отрицательное давление, приводит к декомпрессии больших периапикаль-

ных поражений. Всасывающий аспиратор соединяется с микроиглой. Она вводится в корневой канал и активируется в течение 20 минут, создавая отрицательное давление. Происходит аспирация экссудата. Когда отток частично останавливается, полость доступа закрывают временным цементом для предотвращения проникновения микроорганизмов. В отличие от техники декомпрессии, этот метод минимально инвазивный и вся процедура осуществляется через корневой канал, причиняя меньший дискомфорт пациенту [4].

Техника декомпрессии. Методика декомпрессии предполагает размещение дренажа в проекции верхушки корня в очаге поражения. Должно проводиться регулярное орошение очага, периодическая регулировка длины и замена дренажа в течение различных периодов времени. Дренаж может быть модифицированной канюлей [2] фрагментом раббердама, полиэтиленовой трубкой вместе со стентом, полый трубкой, поливиниловой трубкой, дренажным катетером или рентгеноконтрастной латексной трубкой. Отсутствуют стандартные требования к продолжительности присутствия дренажа, который бывает различных размеров и длин в зависимости от локализации и величины поражения. Время нахождения дренажа может варьировать от двух дней до пяти лет. Пациент ежедневно должен орошать очаг поражения через просвет дренажа с использованием 0,12% хлоргексидина. Это простая процедура, которая сводит к минимуму риск повреждения прилегающих жизненно важных структур, и легко переносится пациентом [3]. Однако возможно развитие воспалительных явлений слизистой оболочки полости рта, прилегающей к дренажной трубке; смещение и закупорка дренажной трубки и развитие острой или хронической инфекции.

Депозит гидроксид меди-кальция, помимо бактерицидного влияния, закупоривает просвет труднопроходимых корневых каналов, а также усиливает активность остеобластов в периапикальных тканях [7]. При внутриканальном электрофорезе диссоциированные ионы лекарственных средств, такие как йодистый калий, антибиотики и ферменты (трипсин) лучше проникают в среды организма. Ультразвуковые волны в жидкой среде, создавая пузырьки пара (эффект кавитации) и вихревые потоки вокруг эндодонтической насадки, разрушают детрит корневого канала и разогревают антисептический раствор [8]. Помимо указанных методов физиотерапии апикального периодонтита широко распространены электрические поля УВЧ, флюктуирующие токи, микроволновая терапия, дарсонвализация. Но при этом следует помнить, что физиотерапия имеет свои строгие показания и противопоказания к применению. Таким образом, воздействие физических факторов используют во время медикаментозной и инструментальной обработки, для купирования воспалительных ре-

акций до и после obturation каналов, а также для снятия постпломбировочных болей.

Методика временного пломбирования корневых каналов. Согласно современным концепциям лечения апикального периодонтита полость зуба оставляют открытым только в случае выраженной гнойной экссудации. В остальных случаях корневые каналы следует заполнять препаратами, обладающими антимикробным, противовоспалительным действием, а также стимулирующим регенераторные процессы в тканях периодонта. Лекарственные препараты могут находиться в корневых каналах от нескольких суток до нескольких месяцев [9]. В качестве препаратов для временного пломбирования могут использоваться вещества на основе сильнодействующих антисептиков (йодоформ, тимол, камфора, ментол, параформальдегид, парахлорфенол и др.), на основе антибиотиков, кортикостероидных препаратов, метронидазола и гидроксида кальция. Исследовательское подразделение кариеологии университета Ниигата разработало концепцию, основанную на применении тройной пасты из антибиотиков ципрофлоксацина, метронидазола и миноциклина. Известно, что метронидазол обладает широким антибактериальным спектром действия против анаэробов. Было доказано, что сочетание этих препаратов под воздействием ультразвуковых волн эффективно проникает через дентинные каналы просвета корневого канала. Хотя объем лекарств, применяемых для этого вида лечения мал, следует определять чувствительность микрофлоры корневого канала к воздействию антибиотиков. Было выявлено, что недостатком тройной пасты с антибиотиками является изменение цвета зубов, индуцированного миноциклином [10]. Механизм действия гидроксида кальция при его введении в корневой канал заключается в следующем:

1. Высокощелочная среда (рН около 12,4) обеспечивает бактерицидное действие, прекращение резорбции кости, лизис некротизированных тканей.
2. Ионы кальция участвуют в костеобразовании и в реакции свертывания крови.
3. При соединении с влагой, содержащейся в канале, материал увеличивается в объеме в 2,5 раза, закупоривая макро- и микроканалы, и, таким образом, обеспечивая их изоляцию. Впервые гидроксид кальция был представлен Hermann в 1930 в качестве средства для покрытия пульпы [18]. С тех пор проводились клинические исследования, одни из которых подтверждают, а другие опровергают эффективность препарата для лечения деструктивных форм периодонтита. По данным Михальченко Д.В (2014) при применении препарата «Каласепт» через 6 месяцев после лечения рентгенологически определялось уменьшение размеров очага деструкции на 1/2 в 82,1%, а полное восстановление костной структуры через 12 месяцев в 64,3% случаев [14]. Zoto F. (2015) описана 90%-ная успешность лече-

ния гидрооксидом кальция с добавлением 20%-го масляного раствора прополиса и йодоформа [19]. Но существуют трудности при вымывании остатков гидроксидов кальция из корневого канала. Nandini et al. (2006) сообщили, что паста гидроксида кальция на масляной основе вымывается из канала труднее, чем таковая, замешанная на дистиллированной воде [20]. В связи с этим рекомендовано удалять пасту с гидроксидом кальция при помощи ультразвуковых систем [20]. Также Orucoglu (2008) было сообщено, что происходит восстановление костной ткани вокруг пасты, но полного рассасывания пасты в некоторых случаях не происходит. Сульфат бария, который добавляют в пасту гидроксида кальция в качестве рентген-контрастного вещества, затрудняет резорбцию пасты за пределами апекса [12]. И противоположно Souza (2013) описал полное рассасывание пасты с гидроксидом кальция в течение 15 дней [13]. Некоторые исследования показали, что длительное воздействие гидроксида кальция на корневой дентин, ведет к хрупкости и повышенной ломкости зуба [4, 5].

Метод с использованием синтетических остеопластических материалов (биоматериалов). В настоящее время идет активный поиск материалов, способных оказывать прямое влияние на очаг деструкции костной ткани. Препаратами нового поколения, обладающими множеством преимуществ, являются синтетические остеопластические материалы на основе гидроксиапатита кальция. С целью улучшения свойств материалов к ним добавляют фосфат кальция, β -трикальций фосфат, коллаген, антимикробные вещества, богатый тромбоцитами фибрин [6], факторы роста, никелид титана и пр. Известно, что синтетический гидроксиапатит кальция активирует эндогенные факторы роста и реминерализацию атрофированной кости [17]. Леневым В.Н. (2016) доказано, что использование остеопластических материалов является высокоэффективным методом лечения деструктивных форм периодонтита [18]. Хотя гидроксиапатит синтезируется под воздействием высоких температур и не существует в природе, он вызывает биологически активную реакцию, схожую с естественными процессами, происходящими в костной ткани [19]. Остеобласты, прикрепляясь к гидроксиапатиту, поглощают его, в результате чего запускается механизм пролиферации и дифференциации клеток. Дифференцирующиеся остеобласты продуцируют коллаген I типа, щелочную фосфатазу, протеогликаны, матричные белки, такие как остеокальцин, остеоонектин, костные сиалопротеины, известные как маркеры формирования кости. Одними из основных свойств синтетических материалов является биосовместимость, биоактивность, биодеградация, пористость, остеокондуктивность и остеоиндуктивность [10]. Кроме того, пористая поверхность улучшает механиче-

скую взаимосвязь (взаимопроникновение) между биоматериалом и окружающей новообразованной костью, обеспечивая большую механическую стабильность. Остеокондуктивность - это способность служить в качестве каркаса, направляющего формирование и прорастание вновь образующейся кости вдоль поверхностей материала. Остеоиндуктивность - это способность материала индуцировать дифференцировку мезенхимальных клеток из окружающих не костных тканей в хондроциты, остеобласты, т.е. в остеобразующие клетки, и обычно демонстрируется формированием кости после имплантации биоматериалов в эктопических местах. Для лечения деструктивных форм периодонтита синтетические остеопластические материалы находят все более широкое применение. Среди них: «Гель Гидроксиапатит», «КоллапАн», «ТрАпекс – Гель», «Гидроксиапол», «Индост», Остим-100 и многие другие. Лечение апикального периодонтита проводили методом цистэктомии, костный дефект заполняли гидроксиапатитом кальция. У 78,9% больных основной группы происходило полное восстановление костной ткани в зоне деструкции и осложнения встречались у 5% пациентов, т.е. в 2,8 раз реже, чем у больных сравнимой группы, у которых для заполнения костного дефекта использовали кровяной сгусток [31].

Худякова Е.С. (2009) проводила заапикальную терапию с применением костнопластических материалов. Восстановление периапикальной костной ткани составило через один год $97,7 \pm 1,6\%$, а через три года $99,3 \pm 0,6\%$ [12]. В своих исследованиях Гизатуллин Р.М. (2009) использовал наноструктурированную гель гидроксиапатита (ГАНГ) и пористый никелид титана. Автором была показана успешность лечения. Интересно, что пористый никелид титана встраивается в новообразуемую костную ткань, выполняя функцию каркаса [13]. Сорокиным А.П. (2014) описана эффективность лечения деструктивных форм периодонтита, составившая 92,5% случаев, при применении препаратов «Биоимплант» и «КоллапАн-гель», содержащих коллаген, гидроксиапатит и сульфатированные гликозаминогликаны [14]. Таиров В.В. и др. (2011) показали достоверные результаты эффективности препарата КоллапАн-гель К («Интермедапатит»), которые можно улучшить, применяя ультразвуковую обработку корневых каналов [15]. Gusiyska A. (2015) демонстрирует положительную динамику при лечении деструктивных форм хронического периодонтита с использованием гидроксиапатита кальция и двухфазного фосфат кальция [16]. Однако Castro A.G.B. et al. (2017) было показано, что у большинства кальций-фосфатных материалов имеется слабая механическая прочность и медленная резорбция в тканях организма [17]. В связи этим, несмотря на наличие множества положительных характеристик, необходимо дальнейшее совершенствование и устранение недостатков

биоматериалов. Практический опыт и знания, накопленные клиницистами и исследователями, показывают, что методы и средства консервативного лечения апикального периодонтита имеют свои достоинства и недостатки. Применение тех или иных методик и материалов может ограничиваться показаниями и противопоказаниями, исходя из клинической ситуации. Но постоянно разрабатываются и апробируются инновационные материалы, способствующие восстановлению деструктивных процессов в костной ткани, а также методики, снижающие травматичность и риски инвазивного лечения. Список литературы:

ЛИТЕРАТУРА

1. Азимов М., Ризаев Ж.А., Азимов А.М. К вопросу Классификации одонтогенных воспалительных заболеваний. ВИСНИК Проблем биологии и медицины. Випуск 4. Том 1(153) С. 278-282.
2. Berman L.H., Hargreaves K.M., Cohen S.R. Cohen's Pathways of the Pulp Expert Consult. – Elsevier Health Sciences, 2010.
3. Nuria Campo. Large periapical lesion management Decompression combined with root-canal treatment. Roots: International magazine of endodontology. Vol. 8. 2012. 6-9.
4. Martin S.A. Conventional endodontic therapy of upper central incisor combined with cyst decompression: a case report // Journal of endodontics. - 2007. - Т. 33. - №. 6. - С. 753-757.
5. Mejia J.L., Donado J.E., Basrani B. Active nonsurgical decompression of large periapical lesions—3 case reports // J Can Dent Assoc. - 2004. - Т.70. - №.10. - С. 691-694.
6. Fernandes M., De Ataide I. Non-surgical management of a large periapical lesion using a simple aspiration technique: a case report // International endodontic journal. - 2010. - Т. 43. - №. 6. - С. 536-542.
7. Рабинович, И.М. Результаты клинколабораторного применения озонотерапии в эндодонтической практике / И.М. Рабинович [и др.] // Эндодонтия today. - 2011. - №. 1. - С. 59-61.
8. Физиотерапия периодонтита: учеб. Пособие / сост.: В.Д. Молоков, З.В. Доржиева, Н.Е. Большедворская, О.И. Тирская. - Иркутск: ИГМУ, 2009. - 30 с.
9. Рабинович, И.М. Клиническое применение ультразвука при эндодонтическом лечении / И.М. Рабинович, И.В. Корнетова // Клиническая стоматология. - 2012. - №4. - С. 10-14.
10. Временное пломбирование корневых каналов: уч. пособ. / сост.: В.Д. Молоков, З.В. Доржиева, М.О. Ключникова. - Иркутск: ИГМУ, 2012. - 30 с.
11. Маланьин, И.В. Новый способ лечения периодонтита / И.В. Маланьин, О.А. Павлович, Ю.Н. Голуб [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. - 2006. - №5-6. - С. 39-40.
12. Soares S.M. C.S. et al. Management of Cyst-like Periapical Lesions by Orthograde Decompression and Long-term Calcium Hydroxide / Chlorhexidine Intracanal Dressing: A Case Series // Journal of endodontics. - 2016. - Т.42. - №7. - С. 1135-1141.
13. Mohammadi Z., Dummer P.M.H. Properties and applications of calcium hydroxide in endodontics and dental traumatology // International endodontic journal. - 2011. - Т.44. - №8. - С. 697-730.
14. Михальченко, Д.В. Эффективность временной obturации корневых каналов кальцийсодержащими пастами при хронических периодонтитах / Д.В. Михальченко [и др.] // Современные проблемы науки и образования. - 2014. - №6. – <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=15722>
15. Мануйлова, Э.В. Сравнительная эффективность лечения деструктивных форм хронического верхушечного периодонтита с применением кальцийсодержащих препаратов / Э.В. Мануйлова, В.Ф. Михальченко, А.Т. Яковлев // Современные проблемы науки и образования. - 2013. - №1. - <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=854616>.
16. Березин, К.А. Иммуногистохимические показатели эффективности назначения кальцийсодержащих препаратов при лечении апикальных форм периодонтита / К.А. Березин, Е.Ю. Старцева, С.Л. Блашкова // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - №3. www.science-education.ru/123-19250
17. Жанабаева, Г.А. Лечение деструктивных форм хронического периодонтита с применением материалов гидроксида кальция / Г.А. Жанабаева, М.А. Курманалина, Г.Б. Изтлеуова // Батыс Қазақстан медицина журналы. - 2010. - №3. - С. 32-35.
18. Hermann B.W. Dentin obliteration der wurzelkanale nach behandlung mit calcium // Zahnärztl Rundschau. - 1930. - Т.39. - С. 888-898.
19. Zoto F., Zoto F. The long term results in treatment of the Chronic Periapical Pathologies with “Calcium-Hydroxide-Propolis” Paste. Int. J. of Education, Science, Technology, Innovation, Health and Environment. 2015. V. 01- I.04; 137-47.
20. Nandini S., Velmurugan N., Kandaswamy D. Removal efficiency of calcium hydroxide intracanal medicament with two calcium chelators: volumetric analysis using spiral CT, an in vitro study // Journal of Endodontics. - 2006. - Т.32. - №.11. - С. 1097- 1101.

Резюме: В связи с возрастающим количеством сведений о способах и средствах, направленных на лечение деструктивных форм апикального периодонтита, стало необходимым провести обзор доступной литературы, который бы сформировал общее представление о существовавших методах лечения и осветил современные подходы к решению указанной проблемы. В данном обзоре описаны методики консервативного лечения

апикального периодонтита, их преимущества и недостатки. Актуальность проблемы побуждает ученых разных стран разрабатывать инновационные материалы, способствующие восстановлению деструктивных процессов в костной ткани, а также методики, снижающие травматичность и риски инвазивного лечения.

Ключевые слова: апикальный периодонтит, консервативное лечение периодонтита, физиотерапия периодонтита, гидроксид кальция, синтетические остеопластические материалы, гидроксиапатит кальция, заапикальная терапия.

Resume: In connection with the growing amount of information about the methods and means aimed at treating the destructive forms of apical periodontitis,

it became necessary to review available literature that would form a general idea of the existing methods of treatment and highlight modern approaches to solving this problem. This review describes the methods of conservative treatment of apical periodontitis, their advantages and disadvantages. The urgency of the problem encourages scientists from different countries to develop innovative materials that contribute to the restoration of destructive processes in bone tissue, as well as methods that reduce trauma and the risks of invasive treatment.

Key words: apical periodontitis, non-surgical treatment, physiotherapy of periodontitis, calcium hydroxide, synthetic osteoplastic materials, calcium hydroxyapatite, apical overtreatment.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-21>

УДК: 616.31:578.834.1] - 07

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 В ПОЛОСТИ РТА



Бекжанова О.Е., Каюмова В.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Новое заболевание (COVID-19), вызванное коронавирусом (SARS-CoV-2), вспышка, которого появился в Китае в декабре 2019 г., быстро переросла в глобальную пандемию. Появляется всё больше сообщений о росте числа пациентов с неспецифическими признаками и симптомами, связанными с COVID-19 инфекцией, в том числе и с заболеваниями полости рта. У отдельных пациентов стоматологическая патология является первым клиническим признаком COVID-19 или отстает от начала общих симптомов COVID-19 от 3 до 31 дня [5,7,15].

Для борьбы с патологией необходим эффективный скрининг и адекватная диагностика. Что требует знания о клинических проявлениях болезни. В этой связи нами осуществлен обзор и анализ стоматологической патологии среди пациентов, инфицированных COVID-19.

Острый паротит. В настоящее время имеются сообщения о пяти случаях острого паротита у пациентов с COVID-19 [5,11,15]. Важно, что острый паротит может быть первым клиническим признаком COVID-19, за которым следуют другие симптомы, такие как лихорадка, миалгия, головная боль и агевзия. У пациентов обнаруживается болезненная опухоль левой околоушной железы без гнойных выделений. Серологические тесты на

антитела к цитомегаловирусу и парамиксовирусу отрицательные. При магнитно-резонансной томографии (МРТ) - интрапаротидный лимфаденит.

Острое воспаление околоушной слюнной железы - важное проявление COVID-19 в полости рта. Сиаладенит может быть первым клиническим проявлением всего спектра заболеваний COVID-19 [5,15]. В патогенезе развития сиаладенита при COVID-19 важна способность SARS-CoV-2 использовать рецепторы ACE2 для доступа к клеткам в основном нижних дыхательных путей. [8]. Установлено, что рецепторы ACE2 высоко экспрессируются и в слюнных железах, что делает их потенциальными мишенями для SARS-CoV-2. Предполагается, что аналогично экспрессии в других клетках, SARS-CoV-2 прикрепляется к рецепторам ACE2 на эпителиальных клетках слюнных желез, проникает внутрь этих клеток и реплицируется в них, с последующим лизисом клеток, что, в конечном итоге, приводит к воспалению и слюнных желез [8,24]. Эта гипотеза объясняет наличие ксеростомии у значительной части пациентов с COVID-19 [3,8].

Энантема. Biadsee и его коллеги продемонстрировали, что у 7% пациентов с положительным тестом ПЦР наблюдались

бляшкообразные изменения на спинке языка. Также об отеке полости рта (включая небо и слизистую десен) сообщили 8% пациентов. Поражения в полости рта обнаруживались одновременно с потерей вкуса и запаха, при этом более тяжелые, диссеминированные поражения полости рта зарегистрированы у пожилых пациентов [3]. В другом исследовании энантемы полости рта наблюдались в 29% случаях с подтвержденным диагнозом. COVID - 19 в сочетании с кожной экзантемой. Поражения слизистой оболочки полости рта могут быть обозначены как вирусные энантемы [12].

Энантема может развиваться при различных типах вирусных заболеваний, включая лихорадку денге, болезнь, вызванную вирусом Эбола, герпангина, инфекции вируса герпеса человека (HHV), корь и младенческую розеолу. Инфекционные заболевания, особенно вирусной этиологии, составляют примерно 88% причин энантемы. При различных вирусных инфекциях сообщалось о различных типах энантемы, таких как афтозные язвы, пятна Коплика, пятно Нагаямы, петехии, папуловезикулярные или макулопапулезные поражения, белые или красные пятна, отек десен и губ. Могут быть вовлечены как ороговевшие (твердое небо, десна и тыльная сторона языка), так и некератинизированные (губные и буккальные) слизистые оболочки [18].

Афтозные поражения Афтозные поражения проявлялись в виде множественных неглубоких язв с эритематозным ореолом и желто-белым псевдомембранозным налетом как на ороговевших, так и на некератинизированных слизистых оболочках. У одного пациента поражения полости рта появились одновременно с системными симптомами, а у других пациентов латентный период составлял от 2 до 10 дней. Некоторые пациенты имели положительный анамнез рецидивирующего афтозного стоматита (РАС) и положительный результат ПЦР на вирус простого герпеса (ВПГ) [1,4]. Афтозоподобные поражения без некроза наблюдались у более молодых пациентов с легкой инфекцией, в то время как афтозоподобные поражения с некрозом и геморрагическими корками чаще наблюдались у пожилых пациентов с иммуносупрессией и тяжелой инфекцией. Поражения зажили через 5-15 дней [4]. Регресс поражений полости рта совпадал с улучшением общего заболевания. В патогенезе развития афтозных поражений у пациентов с COVID-19 преобладает повышенный уровень фактора некроза опухоли (TNF- α) и хемотаксис нейтрофилов. Другими возможными причинами появления таких поражений у пациентов с COVID-19 могут быть стресс и иммуносупрессия, вызванные инфекцией COVID-19.

Герпетиформные/зостериформные

поражения. Герпетиформные поражения представлены множественными ограниченно сгруппированными, болезненными пузырьками, а также односторонними круглыми, желтовато-серые язвы с эритематозным краем, расположенными как на ороговевших, так и на неороговевших слизистых оболочках. Появление герпетиформных поражений предшествует системным симптомами, возникают синхронно с заболеванием или после него. Иногда после восстановления герпетиформных поражений наблюдается географический язык. Причинами появления вторичного герпетического гингивостоматита были стресс и иммуносупрессия, связанные с COVID-19 [1,14,16].

Эрозии и язвы представлены болезненными поражениями с неровными границами, расположенными на языке, твердом небе и слизистой оболочке губ. Появляются, как правило, за 4 до 7 дней до латентного периода или за 3 дня до появления системных симптомов. Период восстановления составляет 5-21 день. Этиологическими причинами язвенных и эрозивных поражений признаются различные факторы, включая лекарственную реакцию на НПВП, васкулит или тромботическая васкулопатия, как осложнения COVID-19 [6].

Описано три случая, обнаружения язв или волдырей в полости рта, появившиеся и развивающиеся в период изоляции по поводу COVID - 19. Поражения затрагивали как интратротовую, так и внетротовую слизистую оболочку на внешней слизистой оболочке губ в дальнейшем покрывались корками. Авторы высказали предположение о том, что этот вирус способен вызывать экзантематические поражения, схожие с другими вирусными процессами, типичными в стоматологии. При этом язвы или волдыри являются обычными элементарными поражениями, наблюдаемыми при других вирусных процессах, таких как афтозная лихорадка, болезни рук, стоп и рта и герпетический гингивостоматит, как описано, а при поражении некератинизированных тканей больше сходство обнаруживается с мультиформной эритемой. Язвы в полости рта у пациентов с COVID-19 обнаруживались у пациентов из Франции, Испании, Бразилии, Ирана, Испании и [2,7,19,21]. Иногда это были единичные язвы, в некоторых случаях - несколько небольших болезненных язв и редко регистрируются тяжелые эрозии, язвы и кровавые корки на слизистой оболочке губ и десен и небные петехии [2,7,10,16,19,21]. Наиболее часто поражается тыльная сторона языка, затем твердое небо и слизистая оболочка щеки. Необходимо отметить, что язвы могут быть первым признаком COVID-19, что позволяет предположить этиологическую роль вируса COVID-19 [7].

Кроме того, локализация (ороговевшая слизистая оболочка), форма и структура язв указывают на возможную вирусную инфекцию. Однако, отрицательные серологические тесты на антитела к герпесу (распространенному возбудителю язв в полости рта), исключают роль этого вируса в этиологии [2,7,21]. Эти результаты являются основанием для предположения о ассоциированности этих язв с COVID-19. Однако, отсутствие четкой временной привязки, небольшой объём выборки и неоднородность клинической картины, не позволяет дать точный ответ на вопрос являются ли эти поражения специфическими для COVID-19 или возникли в результате стресса, связанного с COVID-19 и/или его лечения. Для изучения патогенеза стоматологической патологии у пациентов с COVID-19 необходимы крупномасштабные исследования.

Белый налёт или красные бляшки обнаруживаются на тыльной стороне языка, деснах и небе у пациентов с подтвержденным диагнозом или с подозрением на COVID-19. Причиной появления белых и красных пятен или бляшек является кандидоз, возникающий на фоне антибиотикотерапии, приёма гормональных препаратов, ухудшения общего состояния и/или снижения гигиены, резистентности и дисбиоза полости рта [1].

Десквамации и эритемы в виде десквамативного гингивита, эритематозных пятен, эрозий и болезненного хейлита с геморрагической коркой появляются у пациентов с кожными поражениями на конечностях, обнаруживаются через 7–24 дня после системных симптомов и купируются через 2–4 недели [12,16]. К настоящему времени были описаны различные кожные проявления COVID-19, включая варикозные расширения вен, многоформную экссудативную эритему, крапивницу, пятнисто-папулезные и геморрагические петехии, крапивница и кровоподтеки [1].

Буллезоподобные поражения представлены бессимптомными эритематозно-пурпурными волдырями без спонтанного кровотечения на языке и твердом небе. Бессимптомные, не кровоточащие геморрагические буллезные или эритематозные поражения на твердом небе диаметром до 6 мм, мягкой консистенции не ассоциированные с травмой, зачастую покрытые некротическим налётом. Еще одной сосудистой патологией слизистой оболочки полости рта, ассоциированной с COVID-19 является диффузное сосудисто-пурпурное пятно на слизистой оболочке неба размером до 12 мм и бляшки папулы размером до 8 мм на слизистой оболочке неба, при этом поражения не кровоточат и не имеют симптомов. Описаны поражения полости рта в виде везикулярных высыпаний и эрозий

на языке и слизистой оболочке щек, а также обширные эритемы на твердом небе и ротоглотке с петехиями и пустулами на границе мягкого неба. Клинические проявления везикулобуллезных и макулярных поражения варьируют от волдырей и эритематозных поражений до многоформных петехиальных и эритематозных поражений [12,16]. При этом множественные эритемоподобные поражения встречаются чаще и сопровождаются поражениями кожи, что подтверждает предположение о связи между поражениями кожи и COVID-19 [12].

Синдром Мелькерсона-Розенталя ассоциирован с жалобами на недомогание и односторонний отек губ, трещины на языке и параличом лицевого нерва, в анамнезе этих пациентов, как правило, синдром Мелкерссона-Розенталя. Лабораторно повышенный уровень CRP, выздоровление регистрируется после лечения COVID – 19 [23].

Болезнь Kawasaki в полости рта проявляется в виде хейлита, глоссита, а также эритематозного и отёкшего языка (красный земляничный язык). Для синдрома характерно высокая длительность латентного периода между появлением системных симптомов (респираторных или желудочно-кишечных) и проявлениями в полости рта, что может быть связано с задержкой реакции гиперактивации иммунной системы и вторичным высвобождением острых воспалительных цитокинов, а не с прямым воздействием вируса на кожу и слизистую оболочку полости рта [9,13].

Язвенно-некротическое поражение пародонта. Известно о некротическом поражении пародонта с болезненной диффузно эритематозной и отечной десной, сопровождающейся некрозом межзубных десневых сосочков, сопровождающийся лихорадкой и подчелюстной лимфаденопатией. Локальной этиологической причиной признана бактериальная коинфекция (особенно *prevotella intermedia*) наряду с COVID - 19 [20].

Петехии. В нескольких исследованиях сообщалось о петехиях на слизистой оболочке нижней губы, неба и ротоглотки. Возможными причинами петехий считаются тромбоцитопения на фоне инфекции COVID-19 или принимаемые препараты [1,12].

Неспецифические поражения (мукозит). В нескольких исследованиях сообщалось о эритематозно-фиолетовых пятнах, пятнах, папулах и/или бляшках на языке, слизистой оболочке губ, твердом небе и ротоглотке. Возможными причинами мукозита у пациентов с COVID-19 являются тромбоцитопеническая васкулопатия, васкулит, гиперчувствительность СОПР на фоне COVID-19 [1,12,21]. Симптомами неспецифического мукозита и неспецифического локализованного васкулита и тромбоза слизистой оболочки рта, ассоциированного с COVID-19.

являются множественные красноватые пятна неправильной формы диаметром 3-4 мм уплотненной консистенции на твердом небе, в отдельных случаях они имеют вид бессимптомных, некровоточащих булл. При биопсии и окрашивании гематоксилином-эозином обнаруживается плоский паракератинизированный многослойный эпителий с парануклеарной и цитоплазматической вакуолизацией в остром слое с выраженным кровоизлиянием и застоем сосудов с образованием очаговых тромбов в строме с заметным образованием экстраивазотомы и клетками хронического воспаления, что свидетельствует о развитии [22].

Поствоспалительная пигментация. Известно, пигментации прикрепленной и межзубной десны при COVID-19, появление которой объясняется повышенными уровнями воспалительных цитокинов (включая интерлейкин-1 (IL-1), фактор некроза опухоли (TNF- α) и повышенной концентрацией метаболитов арахидоновой кислоты (простагландины), вторичных по отношению к продукции фактора стволовых клеток (SCF) и основного фактора роста фибробластов (bFGF) из кератиноцитов базального эпителия [17].

Важно учитывать, что поражения слизистой оболочки полости рта у людей с COVID-19 могут имитировать другие заболевания полости рта, такие как реактивные, сосудистые и иммунологические нарушения, что необходимо для установления правильного диагноза и клинического ведения пациентов с SARS-CoV-2. Тяжесть респираторной недостаточности, полиорганные поражения и вариабельность лечения являются серьезной проблемой в плане развития стоматологической патологии самого различного генеза.

Литература

1. Amorim Dos Santos J, Normando AGC, Carvalho da Silva RL, et al. Oral mucosal lesions in a COVID-19 patient: new signs or secondary manifestations? *Int J Infect Dis.* 2020; 97: 326-328.
2. Ansari R, Gheitani M, Heidari F, Heidari F. Oral cavity lesions as a manifestation of the novel virus (COVID-19): a letter-to-editor. *Oral Dis.* 2020.
3. Biadsee A, Biadsee A, Kassem F, Dagan O, Masarwa S, Ormianer Z. Olfactory and oral manifestations of COVID-19: sex-related symptoms—a potential pathway to early diagnosis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020; 163(4): 722- 8.
4. Brandão TB, Gueiros LA, Melo TS, et al. Oral lesions in patients with SARS-CoV-2 infection: could the oral cavity be a target organ? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2020.
5. Capaccio P, Pignataro L, Corbellino M, Popescu-Dutruit S, Torretta S. Acute parotitis: a possible precocious clinical manifestation of sars-cov-2 infection? *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020 Jul;163(1):182-3.
6. Carreras-Presas C.M., Sánchez J.A., López-Sánchez A.F., Jané-Salas E., Pérez M.L.S. Oral vesiculobullous lesions associated with SARS-CoV-2 infection. *Oral Dis.* 2020
7. Chaux-Bodard AG, Deneuve S, Desoutter A. Oral manifestation of covid-19 as an inaugural symptom? *J Oral Med Oral Surg.* 2020; 26(2)
8. Chen L, Zhao J, Peng J, Li X, Deng X, Geng Z, et al. Detection of 2019-ncov in saliva and characterization of oral symptoms in covid-19 patients. *SSRN.* 2020 Mar 19.
9. Chérif MY, de Filette JM, André S, Kamgang P, Richert B, Clevenbergh P. Coronavirus disease 2019-related Kawasaki-like disease in an adult: a case report. *JAAD Case Rep.* 2020; 6(8): 780- 782
10. Ciccarese G, Drago F, Boatti M, Porro A, Muzic SI, Parodi A. Oral erosions and petechiae during SARS-CoV-2 infection. *J Med Virol.* 2020.
11. Fisher J, Monette DL, Patel KR, Kelley BP, Kennedy M. COVID-19 associated parotitis: a case report. *Am J Emerg Med.* 2020 Jun; S0735-6757 (20) 30549-0.
12. Jimenez-Cauhe J, Ortega-Quijano D, Carretero-Barrio I, Suarez-Valle A, Saceda-Corralo D, Moreno-García Del Real C, et al. Erythema multiforme-like eruption in patients with COVID-19 infection: clinical and histological findings. *Clin Exp Dermatol.* 2020 May;45(7):892-5.
13. Jones VG, Mills M, Suarez D, et al. COVID-19 and Kawasaki disease: novel virus and novel case. *Hosp Pediatr.* 2020; 10(6): 537- 540.
14. Kämmerer T, Walch J, Flaig M, French LE. COVID-19 associated herpetic gingivostomatitis. *Clin Exp Dermatol.* 2020.
15. Lechien JR, Chetrit A, Chekkoury-Idrissi Y, Distinguin L, Circiu M, Saussez S, et al. Parotitis-like symptoms associated with covid-19, france, march-april 2020. *Emerg Infect Dis.* 2020 Sep;26(9)
16. Martín Carreras-Presas C, Amaro Sánchez J, López-Sánchez AF, Jané-Salas E, Somacarrera Pérez ML. Oral vesiculobullous lesions associated with SARS-CoV-2 infection. *Oral Dis.* 2020.
17. Patel J, Woolley J. Necrotizing periodontal disease: oral manifestation of COVID-19. *Oral Dis.* 2020 Jun
18. Rocha BA, Souto GR, de Mattos Camargo Grossmann S, et al. Viral enanthema in oral mucosa: a possible diagnostic challenge in the COVID-19 pandemic. *Oral Dis.* 2020.
19. Santos JAD, Normando AGC, Silva R, Paula RM, Cembranel AC, Santos-Silva AR, et al. Oral mucosal lesions in a covid-19 patient: new signs or secondary manifestations? *Int J Infect Dis.* 2020 June 8.
20. Singh C, Tay J, Shoaib N. Skin and mucosal damage in patients diagnosed with COVID-19: a case report. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2020;

47(5): 435- 438.

21. Soares CD, Carvalho RA, Carvalho KA, et al. Oral lesions in a patient with COVID-19. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2020; 25(4): e563- e564.

22. Tapia R.O.C., Labrador A. J.P., Guimaraes D.M., Valdez L.A.H. (2020). Oral mucosal lesions in patients with SARS-CoV-2 infection. Report of four cases. Are they a true sign of COVID-19 disease?

23. Taşlıdere B, Mehmetaj L, Özcan AB, Gülen B, Taşlıdere N. Melkersson-Rosenthal syndrome induced by COVID-19: a case report. Am J Emerg Med. 2020.

24. Wang C, Wu H, Ding X, Ji H, Jiao P, Song H, et al. Does infection of 2019 novel coronavirus cause acute and/or chronic sialadenitis? Med Hypotheses. 2020 Apr

РЕЗЮМЕ. Участие стоматолога важно не только в предотвращении передачи COVID-19, но и в раннем распознавании и лечении больных. Необходимы исследования большого контингента пациентов с COVID-19 для документирования всех проявлений, связанных с COVID-19 в полости рта. Детализация признаков и симптомов заболевания имеет решающее значение для раннего выявления, своевременного лечения и, следовательно, лучшего прогноза.

Ключевые слова: COVID-19, афтозный стоматит, петехии, энантема, сиаденит.

РЕЗЮМЕСИ. COVID-19 tarqalishini oldini olishda, bemorlarni erta aniqlash va davolashda shifokor-stomatologning ishtiroki muhimdir. Og'iz bo'shlig'ida COVID-19 kasalligi bilan bog'liq barcha ko'rinishlarni aniqlash va hujjatlashtirish uchun COVID-19 bilan kasallangan bemorlarining katta qismini o'rganish kerak. Kasallik alomatlarini batafsil o'rganish uni erta aniqlash, o'z vaqtida davolash va shuningdek kasallikni kechishini yaxshilash uchun juda muhimdir.

Kalit so'zlar: COVID-19, aftoz stomatit, petexiya, enanema, sialadenit.

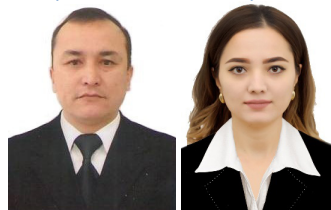
SUMMARY. The involvement of the dentist is important not only in preventing the transmission of COVID-19, but also in the early recognition and treatment of patients. Studies of large populations of COVID-19 patients are needed to document all of the oral manifestations associated with COVID-19. Detailing the signs and symptoms of a disease is critical for early detection, timely treatment, and therefore a better prognosis.

Key words: COVID-19, aphthous stomatitis, petechiae, enanthema, sialadenitis.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-23>

УДК: 616.311.2(616.155.194.8+618.3)

ЗАБОЛЕВАНИЕ ПАРОДОНТА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА



Зойиров Т.Э., Содикова Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Известно, что беременность сопровождается повышением обмена веществ, когда существенно усиливаются процессы ассимиляции, и возрастает задержка продуктов диссимиляции, которые необходимо вывести из организма. Эти изменения во время беременности обусловлены гормональными сдвигами, поскольку в это время меняется деятельность желез внутренней секреции. Уже с 3-4-го месяца беременности в крови резко увеличивается количество эстрогенов, что приводит к повышению содержания прогестерона. Многочисленные клинические, гистологические и гистохимические исследования показывают, что половые гормоны оказывают значимое влияние на организм в целом и на сосудистую и костную системы, в особенности. Эстрогены стимулируют пролиферацию фибробластов десны, влияют на дифференцировку и рост клеток, индуцируя синтез

белков. Они увеличивают активность костного мозга, оказывают общее анаболическое действие, обладают противовоспалительной активностью, влияют на продолжительность жизненного цикла клеток. Прогестерон вызывает расширение капилляров десен, отечность [7,18,22].

В результате экспериментальных исследований и клинических наблюдений установлено, что заболевания пародонта у беременных возникают вследствие дефицита эстрогенов. Это происходит потому, что большая часть эстрогенов, которые поступили в кровь беременных, связывается с белками плазмы, а свободные эстрогены приобретают особые вазоактивные пролиферативные эпителиотропные свойства и содержатся в слюне в высокой концентрации. Итак, изменения гормонального статуса существенно влияют на возникновение и патогенез заболеваний

пародонта у беременных [3,8,17].

Во время беременности в организме женщины происходят изменения, при которых достаточно сложно отделить собственно физиологические компенсаторные механизмы от патологических проявлений. Другие ученые считают, что в период беременности в основном происходит обострение хронического воспалительного процесса в тканях пародонта в результате значительных изменений гомеостаза полости рта. Еще более глубокие изменения в гомеостазе ротовой полости отмечаются при патологическом течении беременности.

Известно, что патогенез заболеваний тканей пародонта связан с системной патологией организма, а воспалительные и дистрофические воспалительные поражения пародонта являются преимущественно вторичными относительно системных процессов в организме, которые становятся основой ряда заболеваний внутренних органов [5,23].

Несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных ученых, посвященных стоматологическому статусу беременных женщин, предотвращение и лечение заболеваний пародонта у этой категории населения остается актуальной проблемой. Мероприятия, направленные на предотвращение возникновения стоматологических заболеваний, оптимально реализовывать в период с 3-го до 6-го месяца беременности. По данным специальной литературы, наибольшее проявление воспалительных явлений в тканях пародонта наблюдают во II триместре беременности, критическое – в III триместре, что позволяет определить оптимальные периоды стоматологических осмотров и дифференцированно подойти к лечебно-профилактическим мероприятиям [7,17,25].

Частым осложнением беременности является железодефицитная анемия (ЖДА), которая занимает первое место среди всех осложнений гестационного периода [2,9]. ЖДА – клинко-гематологический синдром, характеризующийся снижением количества железа в организме (крови, костном мозге и депо), когда нарушается синтез гема, а также белков, содержащих железо (миоглобина, железосодержащих тканевых ферментов). Н.И. Тофан (2013) рассматривает железодефицитную анемию как тотальную органную патологию, которая приводит к функциональным и морфологическим изменениям всех органов и тканей. Особенно повреждаются ткани, способные к регенерации: эпителий кожи, дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, а также иммунная система, головной мозг [20,22].

На фоне пониженной резистентности капилляров пародонта и вторичного физиологического иммунодефицита существенно повышается роль

местных раздражающих факторов. Патогенная микрофлора является эссенциальным и движущим фактором развития генерализованного пародонтита (ГП). Бактерии ротовой полости могут оказывать местное и системное влияние на состояние здоровья человека путем диссеминации локально образованных медиаторов воспаления, провоцирования аллергических или аутоиммунных реакций, аспирации содержимого полости рта и попадания его в органы пищеварительной, дыхательной систем. Особую угрозу очаги инфекции в ротовой полости представляют для людей с ослабленным иммунитетом, каковыми являются беременные женщины с ЖДА, у которых происходит снижение колонизационной резистентности организма к инфекционным факторам. В норме бактериальный спектр ротовой полости составляют преимущественно различные виды кокковой микрофлоры: негемолитические стрептококки и непатогенные стафилококки [12,27].

В ротовой полости здоровых людей в большом количестве содержатся лактобациллы, нейссерии, коринебактерии. Эндогенная микрофлора обеспечивает восстановление слизистой оболочки, играет определенную роль в обменных процессах и ферментативных реакциях, синтезирует витамины, кислоты (молочную, уксусную, фолиевую), перекись водорода, бактериоцины и т.д. [25].

При проведении микробиологических исследований у беременных женщин обнаружено различной степени выраженности нарушение биоценоза ротовой полости. Установлено, что нарушение соотношения между показателями обсемененности слизистой оболочки ротовой полости рта беременных представителями нормальной и условно-патогенной микрофлоры повышает риск возникновения осложнений беременности и родов, а также риск инфицирования плода и новорожденного.

Среди механизмов повреждающего воздействия пародонтопатогенов различают нарушения биоценоза ротовой полости, способность микроорганизмов к инвазии в ткани, активную секрецию токсинов и ферментов, синтез протеаз, которые разрушают иммуноглобулины, угнетение факторов защиты организма, индукцию апоптоза лимфоцитов [5,21]. Во время длительного контакта микроорганизмов с тканями пародонта возможно развитие процессов альтерации до образования пародонтального кармана. Это создает благоприятные условия для развития в ротовой полости микрофлоры, постоянный очаг которой обуславливает развитие пародонтальных карманов, влияет на состояние околозубных тканей и на организм в целом. Всасываясь с кровью и лимфой, микробные и тканевые токсины могут

вызывать формирование фокальной инфекции в других органах будущей матери, осложнять течение беременности. Но сами микроорганизмы не являются причиной заболевания, а становятся ею только при взаимодействии с макроорганизмом, в случае сочетания определенных неблагоприятных условиях (например, сбой в функционировании защитных механизмов организма) [19,24].

По данным статистических исследований, распространенность заболеваний тканей пародонта у беременных женщин колеблется в пределах 84,0-89,2%, а по данным S. Gajendra (2004), поражение пародонта различной интенсивности во время беременности обнаруживают у 100% обследованных. Информативными являются данные сравнения клинического состояния пародонта в беременных и не беременных аналогичного возраста, а также учитывая влияние социально-экономического состояния и других факторов. Так, у беременных обнаружили значительную тяжесть гингивита с прогрессированием воспалительных изменений в процессе беременности.

Сравнительные исследования S. Moore и соавт. показывают, что во время беременности кровоточивость десен наблюдали у 50-53% женщин, а индексные показатели зубных отложений и воспаления десен после родов преобладают над этими же показателями III триместре беременности. Индекс пародонтального кармана и кровоточивости во время беременности выше, чем после родов, хотя количество зубных бляшек одинаково. Учитывая данные клинической оценки индексных показателей зубной бляшки, воспаление десен и уровень эпителиального прикрепления, авторы утверждают, что беременность влияет только на состояние десен. Не обнаружено различий по показателям потери прикрепления у беременных и не беременных [9,20]. По утверждению многих авторов, чаще всего гингивит беременных проявляется гиперплазией десен. Появление гипертрофических образований связывают с изменениями гормонального статуса [22].

Так, установлено, что во время беременности гистологически эти участки богаты воспалительными клетками и нейтрофилами, а также пролиферирующими фибробластами и новообразованной капиллярной системой. Гипертрофические изменения межзубных сосочков, возникшие в период беременности, по морфологическим признакам можно классифицировать как сосудистый эпюлис, а у беременных подобные разрастания чаще всего проявляются как гипертрофический гингивит с выраженной лимфоплазмодитарная инфильтрацией стромы. Улучшение состояния десневого края после родов (даже без лечения)

позволяет многим исследователям сделать предположение о нейрогуморальной природе гипертрофических процессов в деснах, возникших на фоне беременности [7,19].

По данным многих ученых, первые признаки гингивита, такие как гиперемия десен, жжение и зуд в деснах, появляются в I триместре (на 10-12-й нед. беременности). Наблюдают также повышенную чувствительность к воздействию химических и температурных раздражителей (сладкого, кислого, холодного и т.д.) различных групп зубов, чаще передних. Это может быть связано с нарушением баланса макрокосма микроэлементов (макрокосма микродисэлементозы), которые участвуют в формировании минерального базиса плода.

Во время клинического обследования основными жалобами и признаками гингивита в этот период является кровоточивость десен, неприятный запах изо рта (галитоз), гиперестезия твердых тканей зубов. В I триместре распространенной клинической формой воспалительного процесса является катаральный гингивит, во II триместре гингивит беременных развивается как катаральное или гипертрофическое воспаление, реже — как язвенно-некротическое поражение десен. Катаральный гингивит беременных характеризуется генерализованными симметричным поражением фронтального участка верхней и нижней челюстей. Пациентки жалуются на неприятные ощущения в деснах, зуд, галитоз, нарушение вкуса, кровоточивость десен во время еды и чистки зубов. Общее состояние женщин при этом не нарушено. Вследствие отека образуются клинические (десневые) карманы, на зубах — повышенное наложение мягкого налета. Женщины избегают чистки зубов в связи с болезненностью и кровоточивостью десен, гигиена полости рта ухудшается, и патологический процесс распространяется в межальвеолярные перепонки альвеолярной кости челюстей.

Во время объективного обследования отмечают отек, гиперемию, цианоз десны, очаги десквамации эпителия, единичные эрозии, преимущественно в зоне вершин межзубных сосочков, механическое повреждение которых сопровождается кровотечением [7,22,24].

В III триместре и предродовом периоде клиническая картина гипертрофического гингивита беременных приобретает максимальное развитие. Десны могут закрывать почти всю поверхность зубов, достигая режущего края, что приводит к дополнительной травме, увеличению болевого синдрома и кровоточивости. Вследствие значительного разрастания десны образуются глубокие десневые карманы с серозно-геморрагическим экссудатом. Рентгенологическое исследование, выполненное в послеродовом периоде, выявляет остеопороз, частичную

деструкцию кортикального слоя межальвеолярных перепонок, что позволяет говорить о первичных признаках необратимых изменений в пародонте, присущих генерализованному пародонтиту [26].

Лечение воспалительно-дистрофических заболеваний пародонта направлено против инфекций, интоксикации, на активацию иммунитета, нормализацию нарушений обменных процессов в пародонте и стимуляцию регенерации. Выбор лекарств из большого количества препаратов, используемых для местного и общего лечения ГП, обусловлен необходимостью действовать как на очаг воспаления (прежде всего на патогенную микрофлору ротовой полости), так и на дистрофические процессы. Итак, врач стремится повлиять на саногенетические и патогенетические процессы в пародонте, что предусматривает применение противомикробных, противовоспалительных, десенсибилизирующих препаратов, действие на местное кровообращение, усиление процессов регенерации, а также использование общеукрепляющей, иммуномодулирующей и стимулирующей терапии и т.д. [10,19,27].

Традиционно лечение заболеваний пародонта начинают с устранения местных раздражающих факторов, например, с проведения профессиональной гигиены, включая удаление всех мягких и твердых наддесневых и поддесневой зубных отложений, полировку поверхностей зубов. Больных обучают уходу за полостью рта, дают рекомендации по выбору средств гигиены. Следующий этап – устранение первичной травматической окклюзии, лечение симптоматического гингивита и устранение или уменьшение пародонтальных карманов.

Медикаментозная терапия при лечении заболеваний пародонта играет вспомогательную роль и направлена на патогенетическое звено воспалительного процесса в пародонте, ослабление инфекции в пародонтальных карманах, устранение гипоксии, стимулирование регенерации и рубцевание пародонтальных карманов, угнетение роста грануляций в пародонтальных карманах, а также на повышение защитных возможностей пародонта [13,20].

Антимикробная местная терапия воспалительных заболеваний пародонта имеет первостепенное значение. Современные антибактериальные препараты не имеют достаточно широкого спектра действия для уничтожения всех штаммов бактерий, имеющих в пародонтальном кармане, они могут вызвать серьезные системные побочные эффекты (аллергические и токсические). Применение антибиотиков может способствовать развитию устойчивых штаммов бактерий. Кроме того, использование антибактериальных средств во время беременности довольно ограничено,

поэтому внимание специалистов привлекают антисептические средства. Антисептики имеют ряд преимуществ, такие как минимальное всасывание, отсутствие аллергических реакций, высокая бактерицидная активность к микроорганизмам на поверхности клетки [4,11,19].

Несмотря на то, что сейчас у большинства женщин реальное потребление макро- и микроэлементов и витаминов с пищей значительно меньше уровня, обеспечивающего благоприятное течение беременности и лактации, обязательно применение витаминно-минеральных комплексов у беременных, имеющих заболевания тканей пародонта на фоне ЖДА. витаминотерапия наиболее эффективна на начальных стадиях ГП [19,26]. Зарубежные авторы определили так называемую концепцию микронутриентного программирования развития будущего ребенка во время беременности, заключающуюся в целесообразности применения поливитаминных комплексов.

Пополнение запасов микро- и макроэлементов нужно рассматривать через призму необходимой физиологической потребности организма, а не как действие лекарственных препаратов. Основная задача стоматологов, акушеров-гинекологов – формирование понимания важности своевременной стоматологической помощи у беременных путем создания положительной мотивации к лечению [19,23].

В современной профессиональной литературе понятие индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний в период беременности не в полном объеме отражает суть необходимых мер для поддержания стоматологического здоровья женщины на высоком уровне.

Итак, целесообразным является поиск новых современных методов диагностики и индивидуального подхода к первичной и вторичной профилактике изменений тканей пародонта беременных. Необходимо детальное изучение соматического и стоматологического анамнеза, изменений во всех системах организма, создание комплекса индивидуальных профилактических мероприятий, а также совершенствование терапии выявленных в тканях пародонта нарушений [20,27].

Заключение

Беременность, представляющая собой физиологический процесс, предъявляет повышенные требования ко всем видам обмена в организме, что приводит к изменению различных органов и систем, в том числе и полости рта. При патологическом течении беременности происходят более глубокие изменения обменных процессов. Единственный путь решения этой проблемы – детальное изучение соматического

и стоматологического анамнеза, изменений во всех системах организма, на основе которого возможно создание обоснованного комплекса индивидуальных профилактических мероприятий и совершенствование терапии выявленных нарушений в тканях пародонта беременных с железодефицитной анемией.

Литература

1. Ахмедов П.М., Нигматов Р.Н., Зуфаров С.А. Состояние тканей протезного ложа у больных с гематологическими заболеваниями // *Stomatologiya*. – 2000. – №3 (9). – С. 30-32.
2. Ахмедова Н.Ш., Болтаев К.Ж., Эгамова С.К., Исмаева М.Н. Комплексное изучение обмена некоторых микроэлементов у женщин фертильного возраста при анемии // *Педиатр. Вестн. Южного Урала*. – 2015. – №2. – С. 14-16.
3. Бекжанова О.Е., Камилов Х.П., Зойиров Т.Э. Оптимизация комплексного лечения генерализованного пародонтита // *Материалы к 4-й Международной конференции по клинической фармакологии и фармакотерапии: актуальные вопросы*. – М., 2014. – С. 29-30.
4. Бойчук-Товста О.Г., Бойчук О.Г. Особенности этиологии, патогенеза, лечения и профилактики заболеваний пародонта у беременных женщин на фоне железодефицитной анемии (обзор литературы) // *Запорожский мед. журн.* – 2019. – Т. 21, № 1. – С. 144-149.
5. Гадаев А.Г., Ризаев Ж.А., Норбутаев А.Б., Олимжонов К.Ж. Железо, его роль в функционировании систем организма и связанное с ним поражение слизистой полости рта // *Пробл. биол. и медицины*. – 2020. – Т. 116, №1. – С. 219-224.
6. Даминова Ш.Б., Хамидов И.С., Казакова Н.Н. Цитологическая оценка состояния тканей пародонта при хроническом катаральном гингивите у детей // *Евразийский вестн. педиатр.* – 2019. – №2. – С. 96-100.
7. Дусмухамедов Д.М., Ризаев Ж.А., Юлдашев А.А. и др. Клиническая характеристика вторичных и остаточных дефектов и деформаций неба после уранопластики // *Пробл. биол. и медицины*. – 2020. Т. 116, №1. – С. 32-35.
8. Зойиров Т.Э., Элназаров А.Т. Совершенствование эндодонтического лечения хронического апикального периодонтита методом отсроченного пломбирования // *Достижения науки и образования*. – 2019. – №9-2 (50).
9. Камилов Х.П., Зойиров Т.Э., Камилов Э.Х. Эффективность аппарата Vektor в комплексной терапии эндодонто-пародонтальных поражений // *Достижения науки и образования*. – 2018. – №5 (27).
10. Корнеева М.В., Жданова Е. В., Дзюба Е.В. Дефицит железа как фактор риска стоматологических заболеваний // *Мед. наука и образование Урала*. – 2015. – Т. 16, №3. – С. 74-77.
11. Курбанов Б.Б., Курбанова М.Т. Морфофункциональные изменения плаценты у беременных с легкой преэклампсией // *Пробл. биол. и медицины*. – 2020. – Т. 116, №1. – С. 62-63.
12. Мавлянов И.Р. и др. Анализ современных представлений о формировании критических периодов при возникновении железодефицитных анемий, фармакологические и клиничко-экономические аспекты применения ферропрепаратов (обзор) // *Вестн. Совета мол. учёных и спец. Челябинской области*. – 2018. – Т. 1, №3 (22).
13. Нигматов Р.Н. Особенности состояния тканей протезного ложа при гематологических заболеваниях // *Новости стоматологии Кавказии (Баку)*. – 2001. – №4. – С. 30-33.
14. Нигматов Р.Н., Ахмедов П.М., Юлдашева Н.Р. Влияние заболевания крови на состояние протезного ложа // *Проблемы стоматологии: Междунар. конф. в Чимкенте РК*. – Алма-Ата, 2001. – №4 (14). – С. 84-85.
15. Нигматов Р.Н., Юлдашева Н.Р. Состояние пародонта и костной ткани челюстей у больных с железодефицитной анемией // *Stomatologiya*. – 2008. – №1-2 (35-36). – С. 19-21.
16. Османов А.О. и др. Диагностика и лечение аппендикулярного перитонита у беременных // *Вестн. Дагестанской гос. мед. акад.* – 2013. – №4. – С. 9.
17. Рустамова Ш.Б., Худоярова Д.Р., Элтазарова Г.Ш., Кобилова З.А. Течение беременности при цервицитах // *Пробл. биол. и медицины*. – 2020. – Т. 113, №3. – С. 89-91.
18. Усманова Д.Дж., Наджитдинов О.Б. Роль нейронспецифических белков в патогенезе развития диабетической полинейропатии у женщин в постклимактерическом периоде // *Пробл. биол. и медицины*. – 2020. – Т. 119, №3. – С. 116-119.
19. Харибова Е.А., Тешаев Ш.Ж. Морфофункциональные особенности тканевой организации энтероэндокринных клеток в возрастном аспекте // *Пробл. биол. и медицины*. – 2020. – Т. 118, №2. – С. 168-173.
20. Хасанова Л.Э., Исмаев Ф.А. Комплексная социально-гигиеническая характеристика условий, образа жизни и здоровья студентов. преимущества обследования студенческой молодежи // *Пробл. биол. и медицины*. – 2020. – Т. 116, №1. – С. 286-293.
21. Ходжиева Г.С. Темир танкислиги анемияси долзарб муаммолари // *Аёл-Фаол тадбиркорлик субъекти ва инновацион гоя ташаббускори*. – Тошкент, 2018. – Б. 43-49.
22. Ходжиева Г.С., Киличева В.А. Региональные причины железодефицитной анемии // *Научный форум: Электронный науч. журн.* – 2018. – №7 (28). – С. 35-39.
23. Ширинова Х.Х. Сравнительный анализ

клинической эффективности различных методов лечения больных генерализованным пародонтитом средней тяжести // Новый день в медицине: Науч.-реферативный, культурно-просветительский журн. – 2017. – №1 (17). – С. 100-103.

24. Ширинова Х.Х. Пародонт тўқимасида ортиқча тана вазн таъсирида юзага келадиган ўзгаришлар ва уларнинг асоратларини олдини олиш йўллари ўрганиш алгоритми. – 2020.

25. Ширинова Х.Х., Хабибова Н.Н. Тана вазнининг ортиши пародонт тўқимаси касалликлари ривожланишига таъсир қилувчи омил сифатида // Тиббиётда янги кун. – 2020. – №2. – Б. 463-465.

26. Ядгарова Г.С., Норова М.Б. Гормональный статус слюны и липидного спектра крови у больных пародонтитом с отягощенным ожирением // Актуальные проблемы стоматологии. – Бухара, 2012. – С. 151.

27. Dubrovskaya M.V. et al. Risk factors of development of inflammatory diseases of parodontium in pregnant women // Саратовский науч.-мед. журн. – 2013. – Т. 9, №3.

Резюме: Проведен анализ отечественных и зарубежных научных публикаций по вопросу заболевания пародонта у беременных женщин на фоне железодефицитной анемии. Рассмотрены распространенность заболеваний пародонта у беременных женщин, полиэтиологичность их возникновения, сложный механизм развития, особенности лечения и профилактики. Беременность, представляющая собой физиологический процесс, предъявляет повышенные требования ко всем видам обмена

в организме, что приводит к изменению различных органов и систем, в том числе и полости рта. Единственный путь решения этой проблемы – детальное изучение соматического и стоматологического анамнеза, изменений во всех системах организма, на основе которого возможно создание обоснованного комплекса индивидуальных профилактических мероприятий и совершенствование терапии выявленных нарушений в тканях пародонта беременных с железодефицитной анемией.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, пародонт, беременность, патогенез, профилактика.

Summary: The analysis of domestic and foreign scientific publications on the issue of periodontal disease in pregnant women against the background of iron deficiency anemia. The prevalence of periodontal diseases in pregnant women, the polyetiology of their occurrence, the complex mechanism of development, the characteristics of treatment and prevention are considered. Pregnancy, being a physiological process, has increased requirements for all types of metabolism in the body, which leads to changes in various organs and systems, including the oral cavity. The only way to solve this problem is a detailed study of the somatic and dental anamnesis, changes in all body systems, on the basis of which it is possible to create a well-founded complex of individual preventive measures and improve the therapy of the revealed disorders in the periodontal tissues of pregnant women with iron deficiency anemia.

Key words: iron deficiency anemia, periodontium, pregnancy, pathogenesis, prevention.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-24>

УДК: 616.5-002-056.43-053.5-036.32

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ СОЧЕТАНИИ АТРОФИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ



Кўзиев Ш.Х., Хасанов Ш.М., Маликов С.О.,
Саъдуллаева Ш.Л., Жалолов Р.А.

*Кафедра хирургической стоматологии и дентальной имплантологии, Ташкентский
Государственный Стоматологический Институт.*

Широкое внедрение в клиническую практику зубного протезирования на имплантатах потребовало от клиницистов решения проблемы увеличения редуцированной альвеолярной части челюсти до размеров, необходимых для установки внутрикостных имплантатов необходимой длины

и диаметра [1]. Наличие узких альвеолярных дуг, снижение высоты и ширины альвеолярного отростка верхней челюсти, альвеолярной части нижней челюсти, связанное с атрофией костной ткани, что является следствием удаления зубов, ношения зубных протезов, а также общих

заболеваний и возрастом пациентов, и в челюсти ведет к смещению ее и снижению нижней трети лица. Кроме того, нарушается функция жевательных и мимических мышц [2].

Недостаток объема костной ткани в дистальных отделах верхней челюсти диагностируется более чем в 20 % случаев и препятствует проведению стандартных методик дентальной имплантации [3]. Решение проблемы фиксации протезов осложняется степенью атрофии альвеолярного отростка верхней и альвеолярной части нижней челюстей, а также состоянием мягких тканей указанной области. В своем исследовании И.А. Галяпин (2010) указывает, что равномерная атрофия встречается у 7,3% больных, а неравномерная — у 92,7% пациентов, что так же подтверждает в своих работах И.Ю. Лебеденко [4]. Во избежание такого рода проблем рекомендуется делать более детальное обследование. Комплексное обследование пациентов, включающее в себя, прицельное изучение особенностей структуры альвеолярного отростка верхней челюсти, с помощью компьютерной томографии перед проведением операции дентальной имплантации, способствует, снижению риска осложнений, возникающих как во время операции, так и в послеоперационном периоде. К примеру, при установке искусственных опор зубных протезов при частичной адентии требуется проведение дополнительной предоперационной подготовки в 26,7% случаев, а при полной адентии в 80% случаев и выше [5].

В случаях потери жевательной группы зубов на верхней челюсти хирурги-стоматологи сталкиваются с серьезной проблемой — недостаточным количеством и качеством кости. В последние годы большое распространение получили методы оптимизации высоты альвеолярного отростка с использованием операций по коррекции дна верхнечелюстного синуса — синус-лифтинг [6]. Выбор одномоментной или отсроченной установки имплантатов, а так же возможности непосредственной нагрузки (временного протезирования) в большей степени зависит от высоты оставшейся кости [7].

Одним из вариантов решения этой проблемы является операция поднятия дна верхнечелюстного синуса — так называемый синус-лифтинг с одномоментной или отсроченной установкой имплантатов [8]. Техника синус-лифтинга описана в 70-х годах прошлого столетия Hilt Tatum в США. Он приподнял слизистую пазухи, чтобы создать адекватный объем костной ткани под имплантаты, путем остеотомии боковой стенки верхнечелюстной пазухи [9].

Синус-лифтинг подразумевает частичное или полное перемещение боковой стенки и создание нового уровня дна верхнечелюстной пазухи [10]. Под «открытым» синус-лифтингом представляют костно-реконструктивную методику, включающую

остеотомию латеральной стенки верхнечелюстного синуса и тотальное наращивание высоты кости за счет отслоения мембраны Шнейдера, поднятием ее кверху, и заполнением полученного пространства биоматериалом [11].

Показанием к операции синус-лифтинг являются: недостаточный объем кости в дистальных участках верхней челюсти для восстановления полноценного зубного ряда [12]. Под «открытым» синус-лифтингом представляют костно-реконструктивную методику, включающую остеотомию латеральной стенки верхнечелюстного синуса и тотальное наращивание высоты кости за счет отслоения мембраны Шнейдера, поднятием ее кверху, и заполнением полученного пространства биоматериалом [13].

При наличии синусита введение под слизистую оболочку остеотропных препаратов и инородных тел, какими являются дентальные имплантаты, возможно развитие осложнений инфекционно-воспалительного характера, частота которых может достигать 20%. Поэтому перед операцией очень важно выявить наличие у пациента тех патологических процессов и состояний, которые являются факторами риска, а в послеоперационном периоде выявить раньше признаки развития инфекционно-воспалительного процесса для своевременного принятия мер по купированию его, рентгенография придаточных пазух носа, обычно используемая с этой целью, не всегда оказывается достаточно информативной. Поэтому мы сочли целесообразным провести исследование по оценке эффективности комплексного использования данных рентгенологического и 3D КТ для оценки локализации, распространенности и характера поражения слизистой оболочки верхнечелюстного синуса [14].

Причиной затруднений при проведении синус-лифтинга в такой клинической ситуации чаще всего являются рубцовые изменения слизистой дна верхнечелюстной пазухи, изменение микрофлоры внутри синуса, воспалительные явления, являющиеся высоким фактором риска перфорации слизистой дна околоносовой пазухи, воспалительных послеоперационных осложнений [15]. А так же при одонтогенных кистях проведения синус-лифтинга затрудняется и в вызывают много проблем при планировке имплантации и синус-лифтинга. Таких случаях нам помогают дополнительные методы исследования [16].

Конусно-лучевая и мультиспиральная компьютерная томография помогает на дооперационном этапе синус-лифтинга объективно оценить состояние верхнечелюстной пазухи [17].

В научных работах М.А. Чибисовой с соавт., Д.В. Галецкого с соавт., С.А. Карпищенко с соавт. систематизация при томографическом исследовании рентгенологической семиотики изменений верхнечелюстной пазухи,

обусловленных апикальным периодонтитом, резорбцией костной ткани при хроническом генерализованном пародонтите, а также ороантральным соустьем, сформированным после удаления зубов, ошибками эндодонтического лечения и проталкиванием пломбировочного материала за пределы корня, имеет высокую клиническую значимость при планировании синус-лифтинга и дентальной имплантации [18]. Компьютерное томографическое исследование также позволяет оценить костную структуру альвеолярного отростка верхней челюсти, что важно при планировании объема костной пластики. Высокая клинко-рентгенологическая значимость компьютерной томографии привела к созданию коллективом авторов под руководством Козицкой С.И. современных стандартов ее применения в ортопедической стоматологии при протезировании на имплантатах. Однако, научные сведения о ретроспективном сопоставлении травматических, ятрогенных, воспалительных изменений верхнечелюстной пазухи и особенностей течения интра- и послеоперационного периода при проведении синус-лифтинга малочисленны и противоречивы [19]. В работе Р.В. Садыгова с соавт. предлагается в отдаленном периоде через 6 месяцев после вмешательств на верхнечелюстной пазухе и формирования зрелой рубцовой ткани использовать микрохирургический метод расщепления рубцово-измененных тканей в области дна верхнечелюстной пазухи и перфорационного окна при проведении синус-лифтинга и формировании ложа для костнопластического материала. Автор в своем исследовании строил прогноз эффективности синус-лифтинга на основе обобщения результатов клинического, томографического и ультразвукового исследования.

Эндоскопические исследования полости носа и верхнечелюстной пазухи на этапе подготовки к синус-лифтингу имеют не меньшее значение, чем рентгенологические методы исследования. На обязательном присутствии эндоскопического исследования полости носа и околоносовых пазух перед синус-лифтингом и дентальной имплантацией настаивают в своих работах Даминов Р.О., Харламов А.А., Шулаков А.А. с соавт. Применение функционального метода исследования сопровождалось формированием рекомендаций по укорачиванию сроков проведения синус-лифтинга после эндоскопических вмешательств на гайморовой пазухе вплоть до проведения одномоментных операций.

Эндоскопическая риносинусхирургия (ЭРСХ) - широко применяемый метод лечения заболеваний носа и околоносовых пазух не только в зарубежных странах, но и в России [20]. ЭРСХ дает возможность атравматично и щадяще вскрывать все пораженные околоносовые пазухи,

удалять из них измененную слизистую оболочку, одновременно восстанавливая условия для адекватного дренажа и аэрации. Выздоровление пациента зависит как от качества выполненного оперативного вмешательства, так и от ведения послеоперационного периода. Поэтому основной задачей после операции является восстановление слизистой оболочки и ее функций. До недавнего времени контролировалась в основном дыхательная функция. Мы поставили перед собой задачу проследить восстановление других функций слизистой оболочки носа после эндоскопических операций на околоносовых пазухах.

При обнаружении кист в верхнечелюстной пазухе у пациента с недостаточностью костной ткани в области жевательных зубов перед проведением операции синус-лифтинг, пациенту необходимо провести операцию цистэктомии под наблюдением ЛОР-врача. При этом пациент перенесет две продолжительные операции, тогда как имеет смысл рассмотреть вопрос об одновременном проведении этих двух операций. Операция цистэктомии чаще проводится под общей анестезией эндоназальным путем ЛОР-врачом. Нами предложено проводить синус-лифтинг и цистэктомию одновременно под местной анестезией. Операцию цистэктомии и синус лифтинг будем проводить из полости рта через переднюю стенку гайморовой пазухи. В связи с этим, уменьшается время и этапность операции. Мы считаем разработку предлагаемого нами метода являются актуальной в челюстно-лицевой хирургии.

Литература

1. Суров О.Н., 2013, Сухарев М.Ф., 2016, Жусев А.И., Ремов А.И., 2012, Параскевич В.Л., 2012. Ешиев А.М.1, Алиев А.М. Комплексное лечение перимплантитов с применением синего света и иммуномодулятора тималина // Современные проблемы науки и образования. Москва 2017. - №2. - С.69-71.
2. Темерханов Ф.Т., Анастасов А.Н. 2012, Кулаков А.А., Федоровская Л.Н., Амхадова М.А. 2012, Параскевич В.Л. 2011. Стоматология. - Москва, 2019. - №1. - С.11-14.
3. Иванов С.Ю., 2011; Иванов С.Ю., 2011; Каспаров А.В., 2012; Ломакин М.В., 2011; Дроздов В.В., 2011; Гончаров И.Ю., 2013; Робустова Т.Г., 2015; Самсонов В.Е., 2011. Жилонов А.А., Файзуллаева Ф.Р. Совершенствование планирования и проведения дентальной имплантации при атрофии альвеолярного отростка челюсти // Медицинский журнал Узбекистана. - Ташкент, 2013. - №3. - С. 33-38
4. Кулаков А.А., 2013; Лосев Ф.Ф., 2011; Лосев В.Ф., 2011; Latum H., 2013; Pikos M.A. 2011; Жусев А.И., 2012. Гильмиярова Ф.Н., Щербаков М.В., Головина Е.С. Особенности диагностики дентальных перимплантитов при минимальной

тиреоидной недостаточности // Стоматология, Москва 2008. - № 5. - С. 50-55.

5. Кулаков А.А., Архипов А.В. Особенности дентальной имплантации при низкой плотности кости // Стоматология. Москва — 2012. — Т. 90. №5. С. 31.

6. Никитин А.А. с соавт., 2011; Лосев Ф.Ф., 2013; Иванов С.Ю. с соавт., 2011; Робустова Т.Г., 2013 Ушаков А.А., 2012; Харламов А.А., 2011 и др. Журавлев А.Н., Тарасенко С.В., Евстифеева О.В., Хурхуров Б.Р., Пахомова А.В. Влияние лазерного излучения на местный иммунитет полости рта // Материалы ежегодной научной конференции Рязанского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. — Рязань, 2016. - С. 18-19.

7. Арутюнов С.Д. с соавт., 2011-2012, Ушаков Р.В. с соавт., 2012. Жусев А.И., Ремов А.Ю. Ошибки и успех в дентальной имплантации // Институт стоматологии, Минск 2002. - № 1. - С. 22-23

8. Доймер М 2011, Самсонов В Е 2011, Параскевич В Л 2011, Кулаков А А , Абдуллаев Ф М 2012. Иванов С.Ю. Основы дентальной имплантологии. Санкт-петербург — СПб.: СпецЛит, 2011 — 63 с.

9. Tatum H. , 2011 Жартыбаев Р.Н., Шукпаров А.Б. Современные подходы к дентальной имплантации больным сахарным диабетом 2-го типа. // Терапевтический вестник. Москва 2010. - Специальный выпуск №1 С. 105 – 106.

10. Болонкин И.В., 2011; Wheeler S.L., 2016; Путь В.А., 2011; Hirsch J.M., 2011; Wood R.M., 2012; Маркус Шлее, 2012 Жадько С.И., Герасименко Ф. И., Колбасин П.Н. Микробиологические показатели ротовой полости после установки эндоссальных имплантатов у ортопедических пациентов с хронической никотиновой интоксикацией // Стоматолог - практик. — Минск 2014. - № 2. - С. 24-25.

11. Колесова Т.В., Колесов О.Ю., Михальченко Д.В., Денисенко Л.Н. Анализ осложнении ортопедического лечения зубными протезами, крепящимися на имплантатах // Фундаментальные исследования. - 2018. - № 5-2. - С. 296-299. Россия.

12. Wallace S.S., 2013; Vassos D.M., 2012; Дробыщев А.Ю., 2012 Гударьян А. А. Роль аэробной и анаэробной микрофлоры в развитии дентального мукозита и дентального периимплантита // Вісник проблем біології і медицини. Киев — 2014. - № 2. - том 1. — с. 132-135.

13. Леоненко П.В., Закиев В.И., Михальченко Д.В. Усовершенствование поверхности дентальных имплантатов для применения у пациентов с метаболическими остеопатиями на фоне генерализованного пародонтита // Фундаментальные исследования. Беларусь Минск - 2013. - № 9-6. - С. 1029-1033.

14. Кулаков А.А. Мониторируемая седация как метод снижения операционных

и послеоперационных рисков у больных с соматической патологией при дентальной имплантации / А.А. Кулаков, С.В. Кузнецов, М.С. Маркина // Стоматология. - Москва, 2019. - №1. - С. 38-41.

15. Даминов Р.О., 2011; Харламов А.А., 2011. Гараев З.И., Джавадов Р. А., Насибов Х. Б. Снижение риска развития осложнений дентальной имплантации/ З. И. Гараев, // Современная стоматология. Москва -2014. — №2. — С. 74-76.

16. Кулаков А.А., Каспаров А.С., Трофимова О.Б., Серегин С.С., Верзилов Е.В. Влияние на микробиоценоз раны разных методов проведения 2-го этапа имплантации // Стоматология, Москва 2014. - № 4. - С. 33-36.

17. Ванцян А. В. Комплексная иммунопрофилактика осложнений при дентальной имплантации с использованием ультразвука: Дис. канд. мед. наук. - Москва, 2008. — 141 с.

18. Лебеденко И.Ю., Чумаченко Е. Н., Лосев Ф. Ф., Каламкарров А. Э. Анализ изменений в костной ткани при ортопедическом лечении пациентов с дефектами IV класса по Кеннеди на нижней челюсти с использованием дентальных внутрикостных имплантатов // Российский стоматологический журнал. - Москва, 2019. - №5. - С. 4-7.

19. Кулаков А.А., Аушев Ж.А. Динамика морфологических изменений в области дентальных имплантатов при немедленной функциональной нагрузке // Стоматология. - Москва М., 2017. - №3. - С. 39-41.

20. Калашникова О.Ю., Хышов В.Б., Шарапов Г.Н. Биохимические маркеры прогнозирования осложнений стоматологической имплантации // Медицинский бизнес, 2002. - № 4. - С. 22-23

Резюме: При обнаружении кист в верхнечелюстной пазухе у пациента с недостаточностью костной ткани в области жевательных зубов перед проведением операции синус-лифтинг, пациенту необходимо провести операцию цистэктомии под наблюдением ЛОР-врача. При этом пациент перенесет две продолжительные операции, тогда как имеет смысл рассмотреть вопрос об одновременном проведении этих двух операций. Операция цистэктомии чаще проводится под общей анестезией эндоназальным путем ЛОР-врачом. Нами предложено проводить синус- лифтинг и цистэктомию одновременно под местной анестезией.

Ключевые слова: синус-лифтинг, цистэктомии, эндоназальным, качество жизни.

Summary: If cysts are found in the maxillary sinus in a patient with bone insufficiency in the area of chewing teeth, before performing sinus-lifting surgery, the patient should undergo a cystectomy operation under the supervision of an ENT doctor. In this case, the patient will undergo two long-term operations, while it makes sense to consider performing these

two operations simultaneously. Cystectomy surgery is more often performed under general anesthesia by an endonasal ENT doctor. We propose to carry out a sinus lift and a cystectomy at the same time under

local anesthesia.

Key words: sinus lifting ,cystectomy, endonasal, quality of life.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-25>

УДК: 616.31: 616.716.1-089.843

ИЗУЧЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА “ROOT MEMBRANE” В ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОХРАНЕНИЯ ЗУБО-АЛЬВЕОЛЯРНОГО СЕГМЕНТА



Усманова Д.Р., Мукимов О.А., Диего Лопс, Мукимова Х.О., Тургунов М.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире насчитывается 80 млн людей, у которых отсутствуют зубы и которые не пользуются зубными протезами [1]. Одной из центральных проблем современной стоматологии является дальнейшее развитие и совершенствование средств и методов лечения пациентов, страдающих частичным или полным отсутствием зубов. Современным и эффективным методом реабилитации таких стоматологических больных является комплексное лечение с применением имплантатов. Потребность в ортопедическом лечении на их основе очень высока [2,4] и составляет более 95%. В России проведены исследования с целью определения нужд населения в ортопедическом лечении с использованием внутрикостных дентальных имплантатов [3]. Пациенты, которым необходимо такое лечение, составляют 5-10% от нуждающихся в стоматологическом протезировании. По данным на 2001 г., провести такое лечение по медицинским и экономическим соображениям могут только 1,5-3% пациентов.

Решение этой важной медицинской и социальной проблемы невозможно без детального углубленного изучения морфологии костной ткани зубочелюстной области при патологических изменениях, а также её реакции на оперативное вмешательство [5]. В связи с этим появилось большое количество работ, посвященных исследованиям аутокости и костезамещающих препаратов, применяемых при различных формах данной патологии [6]. Особый интерес вызывает использование комбинации аутокости и костезамещающих препаратов, а также стимуляторов остеосинтеза, так как в этом

случае предполагается достичь максимальной эффективности при восполнении дефекта костной ткани. Ускорение и усиление регенерационных процессов в костной ткани существенно облегчит работу врача-стоматолога, так как снизит риск отторжения имплантата и позволит пациенту получить конечный результат раньше, чем при стандартной методике.

Влияние операционных манипуляций [7] и собственно предимплантационной подготовки остаются не полностью раскрытыми и недостаточно исследованными. Противоречивая информация о влиянии факторов физической нагрузки при установке имплантатов, особенно их влияние на состояние костной ткани в последующем, требует более глубокого изучения. Представляется, что сопоставление морфофункциональных изменений, возникающих в костной ткани при имплантации с различной нагрузкой на костное ложе имплантата (различную степень его разрушения), а также при использовании комбинации аутокости и костезамещающих препаратов с изолирующими мембранами, позволит установить оптимальный вариант их комплексного использования [7].

Перечисленные выше анатомические последствия адентии создают для больного множество проблем, устранить которые традиционными методами ортопедической стоматологии не удается [8]. Решение проблемы фиксации протезов осложняется степенью атрофии альвеолярного отростка верхней и альвеолярной части нижней челюстей, а также состоянием мягких тканей указанной области. В своем исследовании И.А. Галяпин (2010) указывает, что равномерная атрофия встречается у 7,3% больных, а неравномерная – у 92,7% пациентов, что в своих

работах подтверждает также И.Ю. Лебеденко [15]. Наличие узких альвеолярных дуг, снижение высоты и ширины альвеолярного отростка верхней челюсти, альвеолярной части нижней челюсти, связанное с атрофией костной ткани, что является следствием удаления зубов, ношения зубных протезов, а также общих заболеваний и возрастом пациентов, и в челюсти ведет к смещению ее и уменьшению нижней трети лица. Кроме того, нарушается функция жевательных и мимических мышц [10]. Ряд авторов [12] справедливо указывают на то, что при увеличении атрофии челюстей происходят нарушения сокращения жевательных мышц, движений языка во время жевания, глотания, разговора и усугубляется патологическая окклюзия, что создает трудности протезирования, особенно при беззубых челюстях [11].

Кроме традиционных поражений, следует помнить, что значительный лизис кости наступает при агрессивном остром пародонтите – локализованном и генерализованном [13]. Еще большую проблему представляет резорбция кости при пародонтите на фоне проявления общих заболеваний организма, что создает еще большие сложности для традиционного протезирования [14]. Применение дентальных внутрикостных имплантатов открыло новые возможности конструирования зубных протезов. Главным преимуществом применения метода 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. Кроме того, внутрикостные имплантаты могут использоваться для повышения фиксации съемных протезов и, как следствие, повысить качество жизни пациента [21].

При планировании дентальной имплантации необходимо учитывать количественные и качественные характеристики альвеолярной костной ткани челюстей. Необходимыми условиями остеоинтеграции дентальных имплантатов являются их первичная стабильность и максимально возможный контакт поверхности с костью. При недостаточности объема альвеолярной кости оптимальное позиционирование имплантатов является проблематичным, так как велика вероятность формирования тонкой вестибулярной стенки с последующей ее резорбцией, обнажением резьбы имплантатов, нарушением их стабильности.

С данными негативными осложнениями связано большинство случаев эстетической и функциональной неудовлетворенности пациентов результатами стоматологического лечения [9]. Во избежание такого рода проблем необходимо более детальное обследование. Комплексное обследование пациентов, включающее прицельное

изучение особенностей структуры альвеолярного отростка верхней челюсти, с помощью компьютерной томографии перед проведением операции дентальной имплантации способствует снижению риска осложнений, возникающих как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Например, при установке искусственных опор зубных протезов при частичной адентии требуется проведение дополнительной предоперационной подготовки в 26,7% случаев, а при полной адентии в 80% случаев и выше [18].

Согласно рекомендациям ряда авторов [16], гарантированный долговременный успех внутрикостной имплантации возможен при минимальной высоте кости в 10 мм, между имплантатом и всеми пограничными ориентирами необходимо оставлять по 1,5 мм на хирургическую погрешность. Высота кости вместе предполагаемой имплантации измеряется от гребня беззубого края до апикального пограничного ориентира, например, дна верхнечелюстной пазухи или мандибулярного канала задней части челюсти. В дистальных сегментах челюстей по сравнению с фронтальными кость больше ограничена по высоте. В результате в зонах, где действуют большие силы и естественные зубы шире и имеют 2 или 3 корня, зачастую применяют более узкие и короткие имплантаты в недостаточном количестве из-за анатомических ограничений [17]. В настоящее время существуют различные виды оперативных вмешательств, направленные на увеличение объема костной ткани АЧНЧ – от сравнительно простой вестибулопластики до комплексной хирургической коррекции альвеолярных отростков. Среди подобных операций наибольшее значение имеют реконструктивные вмешательства, предполагающие восстановление не только количественных, но и качественных параметров недостающей альвеолярной кости. Применение аутокостных трансплантатов, например, при «сэндвич» и «винирной» методиках пластики альвеолярного гребня, а также интраламинарной остеотомии, являются общепринятыми [19].

Внутрикостные имплантаты все чаще применяются в широкой стоматологической практике при лечении больных с дефектами зубных рядов различной локализации. Успех зубной имплантации зависит от многих условий. К настоящему времени достаточно четко определены показания и противопоказания к проведению операции. В течение длительного времени факторами, ограничивающими применение зубных имплантатов, являлись общесоматические заболевания пациента и неблагоприятные анатомические условия в области планируемой установки имплантатов – наличие у пациента атрофии альвеолярной кости, близость гайморовых пазух, носовой полости, канала нижнечелюстного нерва. Достаточная высота и ширина альвеолярного

отростка наиболее важны для оптимального восстановления жевательной и эстетической функции зубов. По данным Е.А. Вайнштейна и соавт. (1993), неточность определения высоты альвеолярного отдела челюсти дает до 2,8% осложнений. Увеличение объема костной ткани альвеолярных отростков челюстей за счёт использования различных костнопластических материалов создаёт благоприятные условия для введения имплантатов в оптимальной для протезирования позиции. Потеря зубов влечет за собой трудности размещения внутрикостных имплантатов. Для таких случаев существуют два основных метода: установка имплантата в пограничные с верхнечелюстной пазухой участки и метод наращивания костной ткани, который увеличивает костное расстояние между основанием верхнечелюстной пазухи и вершиной гребня.

В настоящее время применяются различные материалы и методики операций для увеличения объема костной ткани альвеолярного отростка [19]. Однако анализ данных литературы выявил недостаточное освещение проблем протезирования пациентов с дефектами альвеолярного отростка с использованием имплантатов после увеличения объема костной ткани, отсутствие объективной оценки адаптационно-компенсаторных процессов в костной ткани, возникающих под действием функциональной нагрузки после ортопедического лечения с опорой на имплантаты.

Необходимо отметить, что при дефектах зубных рядов большой протяженности и выраженной атрофии костной ткани челюстей из-за потери зубов, выполнение дентальной имплантации затруднено. Преодолеть существенные ограничения при использовании дентальных имплантатов в условиях атрофии костной ткани челюстей в местах их установки позволяет предварительное применение хирургических методов, направленных на увеличение объема костной ткани в челюстно-лицевой области: аутокостная трансплантация, межкортикальная остеотомия и направленная костная регенерация с применением защитных мембран [20].

До недавнего времени в хирургической практике для фиксации костно-пластических материалов и аутокостных трансплантатов при устранении костных дефектов традиционно использовались титановые конструкции, а также защитные мембраны, имеющие в своем составе титановый каркас. Как известно, применение данных конструкций связано с необходимостью проведения последующего оперативного вмешательства с целью их удаления. Исследуя процесс резорбции альвеолярного края верхней челюсти, G.K. Fallschussel (1985) предложил классификацию, включающую шесть категорий: начиная от 1) полностью сохраненной; затем

2) умеренной по высоте и ширине; 3) узкой, но высокой; 4) остроконечной и высокой; 5) широкой, но укороченной; и, наконец, 6) сильно атрофированной.

Основное преимущество имплантации заключается в том, что внедрение в кость имплантатов предотвращает возникновение атрофии альвеолярного отростка в области отсутствующих зубов, так как кость, лишенная функциональной нагрузки, рассасывается как в вертикальном, так и в горизонтальном направлении и быстро уменьшается в объеме.

Однако и сегодня проблема выбора методов и материалов для увеличения объема костной ткани альвеолярного отростка при протезировании с использованием зубных имплантатов решена не до конца, так как при этом необходимо учитывать морфофункциональные особенности регенераторных процессов в альвеолярной кости, анатомические и структурные особенности костной ткани в конкретной клинической ситуации.

Основополагающим условием, определяющим эффективность лечения, непосредственный и отдаленный положительный результат, является объем костной ткани челюстей в местах предполагаемой имплантации. Обоснованно расширить показания к применению дентальных имплантатов при атрофии костной ткани челюстей в местах их установки позволяет оптимизация хирургических методик, направленных на увеличение объема костной ткани челюстей, таких как аутокостная трансплантация, межкортикальная остеотомия и направленная костная регенерация с применением мембран.

Таким образом, широкая распространенность стоматологических заболеваний, сопровождающихся или приводящих к образованию костных дефектов, не всегда успешное их лечение, связанное с развитием осложнений и неблагоприятных исходов, отсутствие универсальных методов и способов реабилитации пациентов с данной патологией свидетельствуют о существующей проблеме и служат основанием для дальнейшего поиска оптимальных вариантов ее решения.

Литература

1. Ванцян А.В. Комплексная иммунопрофилактика осложнений при дентальной имплантации с использованием ультразвука: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2018. – 141 с.
2. Гударьян А.А. Роль аэробной и анаэробной микрофлоры в развитии дентального мукозита и дентального периимплантита // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Т. 1, №2. – С. 132-135.
3. Ешиев А.М., Алиев А.М. Комплексное лечение периимплантитов с применением синего света и иммуномодулятора тималина // Соврем. пробл. науки и образования. – 2017. – №2. – С. 69-71.

4. Жадько С.И., Герасименко Ф. И., Колбасин П.Н. Микробиологические показатели ротовой полости после установки эндооссальных имплантатов у ортопедических пациентов с хронической никотиновой интоксикацией // *Стоматолог – практик*. – 2014. – №2. – С. 24-25.
5. Жартыбаев Р.Н., Шукпаров А.Б. Современные подходы к дентальной имплантации больным сахарным диабетом 2-го типа // *Тер. вестн.* – 2018. – Спец. вып. №1. – С. 105-106.
6. Жилонов А.А., Файзуллаева Ф.Р. Совершенствование планирования и проведения дентальной имплантации при атрофии альвеолярного отростка челюсти // *Мед. журн. Узбекистана*. – 2018. – №3. – С. 33-38.
7. Жусев А.И., Ремов А.Ю. Ошибки и успех в дентальной имплантации // *Институт стоматологии*. – 2012. – №1. – С. 22-23.
8. Иванов С.Ю. Основы дентальной имплантологии. – СПб: Спец. лит-ра, 2017. – 63 с.
9. Калашникова О.Ю., Хышов В.Б., Шарапов Г.Н. Биохимические маркеры прогнозирования осложнений стоматологической имплантации // *Мед. бизнес*. – 2012. – №4. – С. 22-23.
10. Колесова Т.В., Колесов О.Ю., Михальченко Д.В., Денисенко Л.Н. Анализ осложнении ортопедического лечения зубными протезами, крепящимися на имплантатах // *Фундамент. исследования*. – 2018. – №5-2. С. – С. 296-299.
11. Кулаков А.А., Кузнецов С.В., Маркина М.С. Мониторируемая седация как метод снижения операционных и послеоперационных рисков у больных с соматической патологией при дентальной имплантации // *Стоматология*. – 2019. – №1. – С. 38-41.
12. Кулаков А.А., Аушев Ж.А. Динамика морфологических изменений в области дентальных имплантатов при немедленной функциональной нагрузке // *Стоматология*. – 2017. – №3. – С. 39-41.
13. Кулаков А.А., Архипов А.В. Особенности дентальной имплантации при низкой плотности кости // *Стоматология*. – 2012. – Т. 90, №5. – С. 31.
14. Кулаков А.А., Каспаров А.С., Трофимова О.Б., Серегин С.С., Верзилов Е.В. Влияние на микробиоценоз раны разных методов проведения 2-го этапа имплантации // *Стоматология*. – 2014. – №4. – С. 33-36.
15. Лебеденко И.Ю., Чумаченко Е.Н., Лосев Ф.Ф., Каламкаргов А.Э. Анализ изменений в костной ткани при ортопедическом лечении пациентов с дефектами IV класса по Кеннеди на нижней челюсти с использованием дентальных внутрикостных имплантатов // *Рос. стоматол. журн.* – 2019. – №5. – С. 4-7.
16. Леоненко П.В., Закиев В.И., Михальченко Д.В. Усовершенствование поверхности дентальных имплантатов для применения у пациентов с метаболическими остеопатиями на фоне генерализованного пародонтита // *Фундамент. исследования*. – 2013. – №9-6. – С. 1029-1033.
17. Майбородин И.В., Колесников И.С., Шеплев Б.В., Рагимова Т.М. Морфология прилежащих тканей десны после дентальной имплантации с применением препаратов фибрина // *Стоматология*. – 2019. – №1. – С. 9-13.
18. Михальченко Д.В., Михальченко А.В., Бадрак Е.Ю. Изучение микрофлоры ВНСА дентального имплантата // *Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 50-летию стоматологического факультета Дагестанской государственной медицинской академии*. – Махачкала, 2015. – С. 39-42.
19. Никольский В.Ю. Морфологический анализ репаративного остеогенеза при непосредственной дентальной имплантации в эксперименте на кроликах // *Стоматология*. – 2015. – №3. – С. 8-12.
20. Олесова В.Н., Кравченко В.В. Применение фотофореза гликодента и левзеи для профилактики осложнений после дентальной имплантации // *Физиотерапия. Бальнеология. Реабилитация (Минск)*. – 2019. – №5. – С. 62-63.
21. Поздеев А.И., Олесова В.Н., Филонов М.Р. и др. Экспериментальное изучение электрохимического взаимодействия дентальных имплантатов с титановыми конструкционными материалами // *Рос. стоматол. журн.* – 2017. – №4. – С. 4-5.

Резюме: Проанализирована отечественная и зарубежная литература, посвященная методам “root membrane” и традиционным. Метод корневой мембраны представляет собой хирургическую процедуру, выполняемую перед установкой имплантата, чтобы вызвать успешную остеоинтеграцию как увеличение эстетики мягких тканей путем минимизации потери буккальной кости после извлечения. Он отделяет корень во время извлечения и оставляя корень частично в буккальной стороне.

Ключевые слова: метода “root membrane”, зубоальвеолярного сегмента, заболевания тканей пародонта, качество жизни.

Summary: The article presents an analysis of domestic and foreign publications analyzing the methods of «root membrane» and the traditional method. The root membrane technique is a surgical procedure performed prior to implant placement to induce successful osseointegration as an increase in soft tissue aesthetics by minimizing buccal bone loss after extraction. It separates the root during extraction and leaves the root partially in the buccal side.

Key words: “root membrane « method, dental-alveolar segment, periodontal tissue diseases, quality of life.

ОРТОПЕДИК СТОМАТОЛОГИЯДА ЧАРХЛАШДАН КЕЙИН КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ГИПЕРЕСТЕЗИЯНИ ЗАМОНАВИЙ ПРОФИЛАКТИКА ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ



Хабилов.Н.Л., Сафаров.М.Т., Азизова.Ш.И.

Тошкент давлат стоматология институти

Ортопедик стоматологияда чархлашдан кейин келиб чиқадиган сезувчанлик энг кўп учрайдиган асоратлардан бири ҳисобланади.

Ортопедик стоматологияда қоплама, ярим қоплама, қистирма, винир, кўприксимаон протезлар тайёрлашда тиш қаттиқ тўқималари эмал ҳамда қисман дентин тўқималари чархлангандан сўнг кўпинча тиш қаттиқ тўқималарини ўтказувчанлиги ошишига ва тишлардаги юқори сезувчанликка, кейинчалик тиш пулпаси некрозига олиб келади (Гришилова Е.Н 2010; Матвеева А.И ҳаммуаллифлар билан 2006; Прохончуков А.А, ҳаммуаллифлар билан, 2003).

Замонавий стоматология амалиётида тиш пулпаси ҳаётчанлиги ва унинг фаолиятини сақлаб қолиш муҳим аҳамият касб этади. Стоматологияда витал тишлар реставрациясини қўллаш асосий клиник афзаллик саналиб, олиб қўйилмайдиган тиш протезларининг мустаҳкам адгезия ва фиксацияни таминлайдиган ҳамда бемор ҳаёти сифати яхшиланишига ёрдам беради (Головаленко А.Л, ҳаммуаллифлар билан 2014; Проскурдин Д.В ҳаммуаллифлар билан 2013).

Тишларнинг замонавий реставрация усуллари чархланган витал тишларни ташки таъсирлардан химоялаган ҳолда олиб борилиши зарур (Шарановская А.О, ҳаммуаллифлар билан 2013; Chu C.H et al, 2014; Pinto S.C et al.2014).

Сунъий синтезланган гидроксиапатитни қўллаш чархланган тишлар қаттиқ тўқимаси резистентлигини ошишига ёрдам беради (Афанасов Ф.П 2010, Байтус Н.А 2014, Булкина Н.В ҳаммуаллифлар билан 2014).

Гидроксиапатит сақловчи препаратлар, шунингдек ProArgin-8% аргинин ва калций карбонат бирикмаси тишлардаги юқори сезувчанлигида қўлланилади. Ушбу препаратни чархланган тишлар сезувчанлигида қўллаш амалиёти хали ўтказилмаган (Бурик А.Ю 2014; Гажва С.И 2012; Pilo R. et. al. 2016).

Дентин сезувчанлиги муаммоси турли препаратлар ишлаб чиқишга тўртки берди.Бу

препаратлар кимёвий таркиби, таъсир механизми ва кўрсатмасига қараб турли хил бўлади. Лекин уларни мақсади битта бўлганлиги учун уларга десенситайзерлар деб ном берилди, улар дентин каналларини ёпади, понасимон нуқсон шаклланишини олдини олади, дентин устида парда ҳосил қилади. Ҳозирги кунда стоматологик десенситайзерлардан “Gluma Desensitayzer”, “Seal&Protest”, “Desensil”, “D/Sense 2”, “Vivo Sens” ишлаб чиқарилади (Жолудев С.Е Димитрова Ю.В 2013).

Гаража С.Н. Некрасова А.А (2006) ўзларининг изланишларида 30% ли кумуш нитрати эритмасини чуқур чархлашларда чархлашдан кейинги оғриқларни олдини олишда яхши натижа беришини айтишган. Кумуш нитрати яллиғланишга қарши, бактерицид ва асоратларга қарши таъсир этади.

Тиш қаттиқ тўқималари қалинлигини қатор олимлар томонидан урганилган буларга: Липетс М.С ва Комаленкова Э.С (1955) махсус ўлчовлар ўтказиб тиш қаттиқ тўқимасини қалинлиги жадвалини тайёрлашган.

Аболмасов Н. Г (1967) олд тишлар қаттиқ тўқимасини ҳар-хил ёшдаги инсонлардаги қалинлигини ўлчаган ва фронтал тишлар учун хавфсиз юзаларни қалинлик жадвалини тузган.

Клюев Б.С (1972) ва Гаврилов Э.И чархлашда тишларни хавфсиз сохалари борлигини айтиб ўтган ва жадвал тузишган унга кўра юқори ва пастки жағ тишлари фронтал тишларга нисбатан қалин тиш қаттиқ тўқималарига эга.

Клюев Б.С буйича, хавфсиз юзалар фронтал тишларда кесув киррасидан пулпа бўшлиғи орасидаги ораликда купрок, орал-вестибуляр ва экватор қисмларида нисбатан камроқ бўлади. Премолярларда хавфсиз юзалар чайнов, апроксимал, орал-вестибуляр, экватор юзаларида бор лекин апроксимал бўйин сохаларида камроқ ҳисобланади. Моляр тишларда чайнов юзасида хавфсиз юза қалин бўлади. Ушбу зоналарда чархлашни олиб бориш депульпациясиз замонавий

ортопедик қопламаларни тайёрлашга имкон беради.

Султанова Ч.З (2019) минимал инвазив стоматология концепсияси мавзусидаги изланишларида Flowfill LC, Microhybrid L.C ва Nanofill L.C дан (ДКГ-дентин кечиктирилмаган герметизациясида) фойдаланган.Бунда ушбу композитларни клиник вазиятларда қўллаган.

Унга кўра кариес ва понасимон нуқсонда минимал инвазив усулда даволашда фақат некротик тўқималарни олиш,эмални сақлаш ва чархлашда кичик ишчи қисмли борлардан фойдаланиш ва махсус кариес детекторлардан фойдаланган холда некротик тўқимани олишга асосланган.Адгезив тизимни тўғри қўллаб ва оқувчан композитларни қўллашдан кейин сезувчанликни олдини олиш мумкин.

Сергеевич К.И ва Валеревич П.В (2013) лар ортопедик давондан кейинги асоратларда “Остим-100” ва “ГАП 85-б” препаратларини таққословчи баҳолашни утказишди.Ушбу препаратлар гидроксиапатит асосли бўлиб дентин каналларини беркитишда ишлатилади. Тишларни витал ҳолатида ортопедик қопламалар учун чархланганда келиб чиқадиган асоратлар(тиш қаттиқ туқималари юқори сезувчанлиги, пулпит, периодонтит) дентин каналларини очилиши оқибатида ва протезлашгача бўлган ораликда сўлак таркибидаги инфекция,дори препаратлари, протез фиксацияси учун қўлланиладиган материалларни пуллага таъсири туфайли келиб чиқади.Дентин каналларини “Ostim-100” ва “GAP 85-b” препаратлари билан герметизацияси эса юқорида кўрсатилган асоратларни олдини олади.

Гаража С.Н, Кашников П.А, Гришилова Е, Н, Кодзвкова Т.С(2014) лар томонидан ортопедик даволаш учун чархланган витал тишларда дентин ўтказувчанлигини камайтиришда лазер терапиясини қўллаш самарадорлиги ўрганиб чиқдилар.Улар “Оптодан” стоматологик яримўтказувчан арсенит галлий асосли терапевтик лазер апаратидан фойдаланишди. Унда иккита канал бўлиб 1-канал яллиғланишга қарши, 2-канал стимуляцияловчи яъни регенераця жараёнларни тезлаштирувчи таъсирга эга. Бу лазерни қўллаш 40.9% самарадорликка эга эканлиги аниқланди.

Мандра Ю.В ва Власова М.И хам ўз навбатида тадқиқотларида тиш бўйин олди соҳаси кариесини (Блек V синф) чархлашдан кейин келиб чиқадиган юқори сезувчанлигини олдини олиш мақсадида диод лазердан фойдаланишган ва ушбу усул юқори самара берган.

Дедеян С.А, Абкарян Г.А (2008) лар кариес профилактикаси, даволаш ва чархлашдан кейинги оғрикни олдини олишда “Сафорайд” эритмасини

тавсия қилишади. Унинг даволовчи таъсири уни таркибида кумуш ва фтор борлиги учун амалга ошади.

Гиперестезияни даволаш ва профилактикаси учун 1% ли натрий фторид эритмасини электрофорез қилиш хам даволаш усулларида биридир.Фтор ионофорези (“Рагкен”, АҚШ) -тиш юмшоқ ва қаттиқ тўқималарига юқори концентрацияларини ион шаклида киритишдир. Бу амалиёт учун “Десенси-трон 11 ” апаратини қўлланилади. Унинг ишлаш принципи ўхшаш зарядларни итарилиш қонуниятига асосланган. Натрий фториди ионларга ажралганда фтор манфий ионланади ва тиш тўқималарига чуқур киради ва у калций гидроксиапатитлари билан кимёвий бирикма фторапатитлар ҳосил қилади. (Гаража С.Н, 2010)

Кнаппвост А.О(1998) чуқур фторлашни методикасини ишлаб чиқди. Унинг айтишича оддий фторлашда фтор бирикмалари тишнинг фақат юза қаватларида жойлашади ва тиш ювилганда осон олиб ташланади.Кнаппвост А. Оэса икки хил препаратни ишлаб чиқди Уларни кетма кет қўллаш эмал варонкаларида ва очилган дентин каналларида чуқур қаватларда катталиги 5 нм келадиган калций фтор кристалларини ҳосил қилади ва ременерализацияловчи таъсир кўрсатади.

Эмал ва дентин герметизацияловчи суюкликлар дезинфекцияловчи хусусиятга хам эга ва эмал,дентин ва цементни микроблардан химоя қилади. Дентин герметизацияловчи суюкликни қўллашга кўрсатма:

1. Кариес ва иккиламчи кариес рецедивини олдини олиш учун.

2. Чархланганда дентин сезувчанлигини камайтириш ва олдини олиш учун.

3. Витал тишларни пломбалашда пулпани химоялаш учун.

Хусусиятлари: дентин ва пулпани ҳамма таъсирловчилардан жумладан кислота ва полимерлардан қолган мономерлардан химоялайди. Фтор ва мис ионлари юқори концентрациясида бактериоцид таъсир қилади. Кнаппвост А.О фикрича, дентин герметизацияловчи суюклик бондинг ва кислотали ишловга ҳалақит бермайди.

Дентин юқори сезувчанлигида тез ёрдам сифатида калий нитратдан фойдаланилади. Калий нитратни десенсибилизацияловчи хусусиятини калий ионларини нерв охирларига таъсири натижасида уларни бирламчи деполяризациясидан сўнг реполяризациясини блоклайди ва оғрик йўқолади (Jacobsen P.L, Kedjarune U, Koch M.J 2000).

Хозирги кунда революцион технологияларга:

фотоактивловчи дезинфекция (ФАД), бактериостатик даволаш (БТС-даволаш), фотодинамик даволаш (ФДД) ларни киритиш мумкин. ФАД махаллий яллиғланишларни даволашда антибиотик ва антисептиklarга алтернатив даво хисобланади. БТС-даволаш принципи бу молекулалар бактерия мембранасига бирикади. Нур ёрдамида нурлантирилганда кислород атомлари ажралади ва бактериоцид хусусиятни беради. Лекин қуйидаги айтиб ўтилган технологиялар технологик қийинчиликлар ва чегараланган таъсири туфайли ҳозирги кунда клиникада кам ўрин топган (Ritter A.V 2006).

Охирги йилларда лазер нафақат тишларни чархлаш балки ҳар хил препаратлар билан бирга дентин гиперестезиясида ҳам қўлланилмоқда.

Лазернинг нейротроп таъсири унинг муҳим хусусиятидир у нерв импульсларини ўтказилиши ва нерв толаларини тикланишини яхшилайдди. Лазер нури иссиқлик таъсири туфайли органик таркибни (оксил, мукополисахаридларлар) денатурациясини чакиради ва бу денатурация махсулотлари билан дентин каналлари ёпилади ва дентин сезувчанлигини 90% гача пасаяди. Дентиннинг ташки таъсирларга чидамчилиги бир йилгача сакланади. Ва яна лазер терапияни такрорлаш керак бўлади (Беликов А.В 2009).

Каминтенсивлазербузарарсизлазербўлибинсон тўқималарига даволовчи таъсир қилади. Шунинг учун тиббиётда (LLLT-LowLevelLaserTherapy) тиббиёт амалиётлардан сўнг кўп ишлатилади. Кам интенсив лазер иссиқлик чиқармайди шунинг учун термик эффекти йўқ. Стоматологияда кам интенсив лазерни стимуляциловчи, активловчи, биологик жараёни нормаллаштирувчи таъсири борлиги туфайли қўллаш қизиқиш уйғотади.

Криваногова Л.Б (2007) текширувлари шуни кўрсатдики инфракизил доимий частотали лазер деменерализация ўчоғини яхшилайдди ва тиш қаттиқ тўқималарини мустаҳкамлайди. Терапевтик стоматологияда кам интенсив лазерни қўллашга кўрсатма бўлиб: пародонт касалликларида ва оғиз бўшлиғи шиллик қавати яллиғланиши, пулпит ва периодонтит, одонтоген яллиғланиш жараёнлари (алвеолит, периостит, абсцесс ва флегмоналар), остеомиелит ва жағ синишлари, уч шохли нерв невралгияси, травма, қуйишлардир. Қарши кўрсатмаларга умумий нурли физиотерапевтик муолажалардаги кабидир. Уларга: қон-томир системасининг оғир кечувчи касалликлари, юрак ритмини бузулишлари, коронар қон айланиши бузулиши билан кечаётган атеросклеротик кардиосклероз, церебрал қон айланишини бузилиши билан кечаётган церебрал склероз, аортал аневризмалар,

нерв системасининг тўсатдан қўзғалувчан касалликлари, қон касалликлари, гипертиреоз, ўпканинг оғир босқичдаги эмфиземаси, буйрак етишмовчилиги, хавфли ўсмалар, декомпенсация босқичдаги қандли диабет ва бошқалар.

Лазер нурини тиш қаттиқ тўқимасига таъсири туфайли пулпанинг хужайравий элементларида моддалар алмашинуви кучаяди. Лазер нури бундан ташқари фибринолитик ва тромболитик хусусияти яъни: сладж - синдроми ликвидацияси, микротромбозлар, микроциркуляция оқимда қон айланиш тикланиши, тўқима гипоксиясини ва ацидозни пасайиши, бузилган тўқима метоболизмини ва трофикасини тиклайдиган эффектни беради. Бундан ташқари лазер нури аналгетик, бактериостатик ва бактериоцид таъсир қилади ва махаллий иммун тизимини активлаштиради (Шугайлов И.А 2011).

Ҳозирги вақтда юқори интенсив лазер нурлари тиш қаттиқ тўқималарини чархлаш, суяк ва юмшоқ тўқималарини кесиш ва ажратиш учун қўлланилади. Диод лазерлар 792-1030 нм ли тўлқин узунлигига эга ва қисман кучсиз тасирлидир. Диодли лазер аппаратлари компакт ва клиникада қўллаш учун қулайдир (Ковинова А).

Хулоса: Тегишли мавзудаги илмий тадқиқотлар шуни кўрсатдики, тиш қаттиқ тўқимасини олиб қуйилмайдиган тиш протезлари билан протезлаш учун чархланган тишлар пулпа тўқимасини шикастламаслик мақсадида бир неча усуллар мавжуд.

Кам интенсив лазер нурлари тиш тўқимасининг органик таркибини яъни оксил ва мукополисахаридларни денатурациялайди, денатурация махсулотлари дентин каналларини ёпади.

Эмал ва дентин герметизацияловчи суюкликлар дентин каналларини ёпиши билан бирга дезинфекцияловчи хусусиятга эга, яъни микроблардан ҳимоя қилади.

Хавфсиз соҳалар чегарасида чархлашни олиб бориш эса дентин каналларини очилишини ва шу билан бирга чархлашдан кейинги огриқлар, тиш пулпасига булган зарарли таасуротларни олдини олади.

Тиш қаттиқ тўқимасини чархлаш вақтида пулпага зарарли тасирларни камайтириш учун борни тугри танлаш, борни оптимал айланиш тезлиги ва оптимал босимда чархлаш, сув билан чархлаш, тухтаб чархлаш каби омилларга амал қилиш лозим.

АДАБИЁТЛАР

1. Загорский, В.А. Прочностные свойства твердых тканей зубов. Часть II В.А. Загорский, И.М. Макеева, В.В. Загорский Российский

стоматологический журнал. -2014 стр.9-12

2. Dentin hypersensitivity following tooth preparation: A clinical study in the spectrum of gender K. Yadav, A. Sofat, R.S. Gambhir, V. Galhotra J Nat Sci Biol Med.- 2014 p.21-24

3. Ding, Y.J. A randomized double-blind placebo-controlled study of the efficacy of Clinpro XTvarnish and Gluma dentin desensitizer on dentin hypersensitivity Y.J. Ding, H. Yao, G.H. Wang Am J Dent. -2014 p.79-83

4. Effect of a new combined therapy with nano-carbonate apatite and CO2 laser on dentin hypersensitivity in an in situ model S.Y. Han, J.S. Kim, Y.S. Kim, H.K. Kwon, B.I. Kim Photomed Laser Surg. -2014 p.394-400

5. Effectiveness of nano-hydroxyapatite toothpaste in reducing dentin hypersensitivity: A double-blind randomized controlled trial M. Vano, G. Derchi, A. Barone, U.Covani Quintessence Int.- 2014 p.703-711

6. Enhancement of nano-hydroxyapatite bonding to dentin through a collagen calcium dual-affinitive peptide for dentinal tubule occlusion R. Wang, Q. Wang, X. Wang [et al.]

7. J Biomater Appl. -2014 p.268-277

8. Randomized controlled clinical trial on the efficacy of dentin desensitizing agents /Mehta D., Gowda V.S., Santosh A., Finger W.J., Sasaki K. Acta Odontol Scand. -2014 p.1-6

9. The Effect of Three Desensitizing Agents on Dentin Hypersensitivity: A Randomized, Split-mouth Clinical Trial C. Torres, T. Silva, B. Fonseca, A. Sales, P. Holleben, R. Di Nicolo, A. Borges Oper. Dent.- 2014 p.13-25

10. West, N. Dentine hypersensitivity N. West, J. Seong, M. Davies Monogr. Oral Sci. -2014 p.108-122

11. Oral Health Related Quality of Life Before and After Treatment of Dentin Hypersensitivity With Cyanoacrylate and Laser Thiago Cesar Lima Natalia Maria Vieira Barbosa Camila GRASIELLE de Sa Azevedo Fabiana Rodrigues de Matos Dhelfeson Willy Douglas de Oliveria Evandro Silveira de Oliveira Maria Leticia Ramos Jorge Patricia Furtado Goshalves and Olga Dumont Flecha Journal of Periodontology February 2017 p.162-164

12. Clinicians Guide to the Diagnosis and Management of Tooth Sensitivity SaharTaha Brian H.Clarkson,2014 p.42-44

13. Treatment of frictional dental hypersensitivity with computer guided occlusal adjustments.Yiannios N1,Kerstein RB2,Radke J2.Cranio.2016 p.53-58

14. Oral Health Related Quality OF Life Before and After Treatment of Dentin Hypersensitivity With Ceanoarelaty and Laser Thiago Cesar Lima NaTalia Maria Vieira Barbosa Camila Grasielle de Sa Azevedo

Fabiana Rodrigues de Oliveira Evandro Silveira de Oliveira Maria Leticia Ramos Jorge Patricia Furtado Goshalves and Olga Dumont Flecha. Journal of Periodontology February 2017 p.166-172

15. Clinicians Guide to the Diagnosis and Management of Tooth Sensitivity SaharTaha Brian H Clarkson,2014 p.45-51

16. Treatment OF frictional dental hypersensitivity with computer guided occlusal adjustments.2016 p.24-28

17. Гаража И.С. оценка изменения резистентности эмали и эффективности применения аргининсодержащего препарата для реминерализующей терапии при отбеливании витальных зубов\ И.С. Гаража,Т.Ш.Коджакова,И.А.Кражан \ Актуальные вопросы клинической стоматологии. Сборник научных работ-СтГМУ 2014 стр.72-75

18. Гришилова, Е.Н. Применение лазерного излучения в комплексной защите витальных зубов, препарированных подметаллокерамические несъемные протезы/ Е.Н. Гришилова, С.Н. Гаража,Т.Ш. Коджакова// Сб. работ 49 Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы клинической стоматологии». - Ставрополь. - 2014. - С. 120-122Т.Ш.Коджакова. И.С.Гаража. И.А.Кражан. А.О.Готлиб 2014 стр.334-343

19. Загорский, В.А. Прочностные свойства твердых тканей зубов.Часть II/ В.А. Загорский, И.М. Макеева, В.В. Загорский // Российский стоматологический журнал. -2014 стр.42-44

20. Влияние лазерного излучения на проницаемость дентина и функциональное состояние пульпы препарированных зубов/ С.Н.Гаража. П.А.Кашников. Е.Н.Гришилова. Т.Ш.коджакова. // Вестник новых медицинских технологий 2014 стр.18-21

21. Терапия гиперестезии твердых тканей с применением аргининсодержащей пасты при отбеливании витальных зубов/ И.С.Гаража. С.Н.Гаража. А.Н.Бражников. А.В.Зеленская. Т.Ш.Коджакова. З.Б.Чочиева // Актуальные вопросы клинической стоматологии. Сборник научных работ-СтГМУ.2015 стр.76-78

22. Оценка клинических результатов применения фотодинамической и лазерной терапии при лечении катарального гингивита/ К.Ю.Демина. Е.Н.Гришилова. Т.Ш.Коджакова. С.Н.Гаража. // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2016 стр.592-593

23. Эффективность гипосенситации твердых тканей зубов аргининсодержащей пастой/ И.С.гаража. М.Н.Орлов. Т.Ш.Коджакова.

С.С.Хачатуров. // Актуальные вопросы клинической стоматологии. Сборник научных работ-СтГМУ.2016 стр.65-67

24. Воздействие аргинина и фтора на резистентность твердых тканей зубов аргининсодержащей пастой/ И.С.Гаража. Т.Ш.Коджакова. С.Н.Гаража. Е.Н.Гришилова. // Актуальные вопросы клинической стоматологии -СтГМУ 2017 стр.52-54

25. Анализ осложнений при профессиональном отбеливании витальных зубов и их коррекция/ И.С.Гаража. А.О.Готлиб. И.А.Кражан. Т.Ш.Коджакова. // актуальные вопросы клинической стоматологии. Сборник научных работ-СтГМУ - 2014 стр.115-118

26. Влияние лазерного излучения на проницаемость дентина и функциональное состояние пульпы препарированных зубов/ С.Н.Гаража. П.А.Кашников. Е.Н.Гришилова. Т.Ш.Коджакова. // Вестник новых медицинских технологий. 2014 стр.18-21

27. Терапия гиперестезии твердых тканей с применением аргининсодержащей пасты при отбеливании витальных зубов/ И.С.Гаража. С.Н.Гаража. А.Н.Бражникова. А.В.Зеленская. Т.Ш.Коджакова. З.Б.Чочиева. // Актуальные вопросы клинической стоматологии. Сборник научных работ-СтГМУ.2015 стр.76-78

28. Оценка клинических результатов применения фотодинамической и лазерной терапии при лечении катарального гингивита/ К.Ю.Демина. Е.Н.Гртшилова. Т.Ш.Коджакова. С.Н.Гаража. // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2016 стр.592-593

29. Оценка действия антисептиков на дентин препарированных зубов/ А.Н.Бражникова. С.Н.Гаража. Т.Ш.Коджакова. И.С.Гаража. // В сборнике: Актуальные аспекты современной стоматологии и имплантологии Материалы научно-практической конференции. –СтГМУ. 2017 стр.322-326

30. Эффективность терапии гиперестезии твердых тканей зубов/И.С.Гаража. Т.Ш.Коджакова. С.Н.Гаража. Е.Н.Гришилова. // В сборнике: Современные диагностики, лечения и профилактики стоматологических заболеваний. -СтГМУ 2018 стр.177-179

31. Влияние комплексного воздействия аргинина и гидроксиапатита на твердые ткани препарированных зубов/ Т.Ш.Коджакова. С.Н.Гаража. Е.Н.Гришилова. М.С.Гришков. Д.В.Мартынов. // Российский стоматологический журнал- 2018 стр.18-21

Аннотация

На основании анализа специальной литературы

изучены современные методы профилактики и лечения постоперативной гиперестезии зубов. Современные методы профилактики гиперестезии после препарирования направлены на поддержание жизнеспособности и активности пульпы зуба, при этом шлифование зубов должно осуществляться в условиях защищённых от внешних воздействий. Использование искусственно синтезированного гидроксиапатита, современных десенсибилизаторов, электрофореза 30%, раствора нитрата серебра, 1% раствора фторида натрия, нитрата калия, лазера низкой интенсивности эффективно в современной профилактике и лечении чувствительности после шлифовки.

Учет зон безопасности на зубах является важным фактором предотвращения повышенной чувствительности после препарирования зубов.

Наши исследования этой тематики подтверждают, что вышеуказанные подходы предотвращают повреждение тканей пульпы зуба. Применение вышеуказанных методик профилактики предотвращают травму пульпы здоровых зубов, что значительно сокращает осложнения в зубном протезировании.

Ключевые слова: Препарирование зубов, гиперестезия, десенсибилизаторы, низкоинтенсивный лазер, высокоинтенсивный лазер, адгезивные системы, праймер, бондинг.

Annotation

Based on the analysis of special literature, modern methods of prevention and treatment of postoperative dental hyperesthesia were studied. Modern methods of preventing hyperesthesia after preparation are aimed at maintaining the viability and activity of the tooth pulp, while grinding teeth should be carried out in conditions protected from external influences. The use of artificially synthesized hydroxyapatite, modern desensitizers, electrophoresis 30%, silver nitrate solution, 1% sodium fluoride solution, potassium nitrate, low-intensity laser is effective in modern prevention and treatment of sensitivity after grinding.

Taking into account the safety zones on the teeth is an important factor in preventing hypersensitivity after tooth preparation.

Our research on this topic confirms that the above approaches prevent damage to the pulp tissues of the tooth. The use of the above methods of prevention prevents injury to the pulp of healthy teeth, which significantly reduces complications in dental prosthetics.

Key words: Teeth preparation, hyperesthesia, desensitizers, low intensity laser, high intensity laser, adhesive systems, primer, bonding.

ПСИХОАКУСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТОЯНИЯ СЛУХА У БОЛЬНЫХ БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА В ПЕРИОД МЕЖДУ ПРИСТУПАМИ



Арифов С.С., Тухтаев М.Б.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
МЗ РУз, Ташкент (Директор д.м.н., профессор Акилов Х.А.)*

Идиопатическим заболеванием внутреннего уха, характеризующееся периодическими приступами головокружения, развитием нейросенсорной тугоухости и шумом в ухе (ушах) является Болезнь Меньера (БМ) [1, 7]. Заболеваемость в среднем составляет 13,1 новых случаев на 100 тыс. населения в год [6]. Предполагаемая распространенность БМ варьирует от 17 до 513 пациентов на 100 000 человек [10].

БМ может встречаться в возрасте от 17 до 80 лет, но в большинстве случаев она приходится на возраст 30-70 лет, чем у более молодых людей. [4, 9]. Она в большинстве случаев встречается в виде одностороннего поражения, хотя не она может быть двухсторонней [8].

Важным и наиболее постоянным клиническим проявлением БМ являются изменения со стороны органа слуха. В оценке состояния органа слуха при БМ применяются как психофизиологические, так электрофизиологические и электроакустические методы исследования. Однако, в связи рядом обстоятельств среди них наиболее широко используются психофизиологические методы исследования. В частности, это связано с их доступностью для врачей различных звеньев здравоохранения, наличия непосредственного постоянного общения исследователя и исследуемого, высокой информативностью полученных результатов. В связи с этим в источниках последних лет психофизиологические методы исследования включаются в список основных методов исследования больных БМ [3, 5].

В связи с этим представляет интерес дальнейшее продолжение применения психофизиологических методов исследования слуха в диагностике БМ.

Целью исследования явилось анализ результатов психофизиологических методов исследования слуха у больных болезнью Меньера в период между приступами.

Материал и методы исследования. Всего находились под наблюдением 191 больных достоверным или подтвержденным диагнозом

БМ, которые составили основную группу. Из них у 159 больных был установлен достоверным диагноз в соответствии классификацией Американской академией оториноларингологии и хирургии головы и шеи и 32 – подтвержденный диагноз, согласно классификации, разработанной совместно Европейской академией отологии и отоневрологии, ААО – HNS, Обществом Барани, Японским обществом исследования равновесия, Корейским обществом изучения равновесия. Эти больные составили основную группу. Из этого количества больных в 179 (94,4%) случаях установлена односторонняя и 12 (5,6%) – двухсторонняя БМ. Лиц женского пола было 127 (66,5%), мужского – 64 (33,5%), их соотношение составило 1,5:1. Возраст обследованных больных был в пределах от 31 до 67 лет (средний возраст 48,8±0,7 лет). Продолжительность заболевания варьировала в широких пределах – от 10 дней до 15 лет. 30 здоровых лиц составили контрольную группу.

При постановке диагноза БМ придерживались Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10). До 2017 года дополнительно ей использована классификация критериев точности диагностики болезни Меньера Американской академии оториноларингологии и хирургии головы и шеи (ААО – HNS, 1995). Начиная с 2018 года, использована классификация критериев точности диагностики болезни Меньера Европейской академией отологии и отоневрологии, Американской академией оториноларингологии и хирургии головы и шеи, Общества Барани, Японского общества исследования равновесия, Корейского общества изучения равновесия (2016). Для оценки степени тугоухости применяли международную классификацию нарушений слуха (ВОЗ, 1997).

Всем больным проводили осмотр ЛОР-органов и исследование состояния органа слуха и равновесия. Исследование больных включало изучение жалоб, истории развития болезни

и жизни, оценку состояния органов и систем организма, эндоскопическое исследование ЛОР-органов. Для оценки состояния органа слуха были использованы следующие психофизиологические методы исследования - акуметрия, тональная пороговая аудиометрия в обычном диапазоне частот, определение чувствительности к малым (коротким) приращениям интенсивности (SISI-тест).

Результаты исследования. Комплексное обследование больных проведено в период между приступами БМ. В межприступный период жалобы больных связанные с органом слуха проявлялись снижением слуха, шумом, нарушением разборчивости речи, непереносимость громких звуков в пораженном ухе. Снижение слуха во всех случаях было постоянным. У 31 (16,2%) больных отмечали колебания остроты слуха (так называемая «субъективная» флуктуация слуха) в больном ухе. Снижение слуха была у 179 (93,7%) больных односторонней и 12 (6,3%) – двухсторонней. 94,2% больных указывали на прогрессивное снижение слуха с увеличением продолжительности болезни, особенно после каждого последующего перенесённого приступа. 17 (8,9%) отметили на стабильный характер, т.е., без тенденции к прогрессированию снижения слуха в течении всей продолжительности болезни.

Шум в пораженном ухе имелся у всех обследованных больных, из них 167 был постоянный и 24 - непостоянный. Он у 179 (93,7%) больных односторонний и 12 (6,3%) – двухсторонний. Непосредственно перед приступом и во время него у всех больных интенсивность шума усиливалась. 41 (21,5%) случаях шум исключительно соответствовал низко- и среднечастотному спектру, у 27 (14,1%) больных его спектр соответствует высокочастотному диапазону. У большинства больных, т.е., 123 (64,4%) случаях шум был многокомпонентным. 7 больных двусторонней БМ не могли локализовать шум в каждом ухе по отдельности, и описывали его как «шум в голове».

Согласно классификации проявления шума в ушах по А.П. Велицкому больные были распределены в следующей последовательности:

- шум в ушах I степени: мало беспокоит больного, выявляется лишь при активном опросе – 13%;
- шум в ушах II степени: беспокоит больного сильно, является одной из основных жалоб – 51%;
- шум в ушах III степени: является основной ведущей жалобой больного – 36%.

Ощущение заложенности, тяжести или давления в поражённом ухе или обоих ушах отмечали 178 (93,2%) больных и он был периодическим, т.е., перед приступом периоде или в момент приступа, тогда как вне приступа он отсутствовал.

Нарушение разборчивости речи разной степени выраженности на больной стороне имело место у 178 (93,2%) больных. Искажение воспринимаемых звуков обычно усиливался перед приступом или в момент приступа. В 34 (19,1%) случаях данное состояние отмечено с обеих сторон.

151 (79,1%) больных указывали на различной степени выраженности непереносимость громких звуков и из них 144 (95,4) усиливался непосредственно перед приступом и удерживался на этом уровне во время и ближайшие часы после него.

Средний показатель восприятие речи на больном ухе составил:

- шепотной речи – $1,1 \pm 0,11$ м (контрольная группа – $5,8 \pm 0,02$ м);
- разговорной речи – $3,8 \pm 0,12$ м (контрольная группа – $6,0 \pm 0,01$ м).

Средний показатель восприятие речи на здоровом ухе составил:

- шепотной речи – $5,7 \pm 0,01$ м (контрольная группа – $5,8 \pm 0,02$ м);
- разговорной речи – $6,0 \pm 0,02$ м (контрольная группа – $6,0 \pm 0,01$ м).

Исследуемые показатели имели достоверное отличие от аналогичных значений контрольной группы и здорового уха ($P < 0,05$).

Результаты камертональных методов исследования (исследование абсолютного времени звучания камертонов по воздушной и костной проводимости, камертональные опыты по Веберу, Рине, Левис-Федеричи) у всех больных соответствовали нарушению слуха по типу звуковосприятия в классической форме.

Средний показатель абсолютного времени звучания камертона С128 по воздушной и костной проводимости на больном ухе составил:

- воздушная проводимость – $21,2 \pm 0,12$ сек. (контрольная группа – $44,3 \pm 0,14$ сек.);
- костная проводимость – $13,8 \pm 0,09$ сек. (контрольная группа – $22,2 \pm 0,11$ сек.).

Средний показатель абсолютного времени звучания камертона С128 по воздушной и костной проводимости на здоровом ухе составил:

- воздушная проводимость – $43,8 \pm 0,09$ сек. (контрольная группа – $44,3 \pm 0,14$ сек.);
- костная проводимость – $21,8 \pm 0,07$ сек. (контрольная группа – $22,2 \pm 0,11$ сек.).

Исследуемые показатели речи и камертональных исследований имели достоверное отличие от аналогичных значений контрольной группы и здорового уха ($P < 0,05$).

Проподимость слуховых труб у всех больных на больной и здоровой стороне были в пределах физиологических границ, т.е., в пределах 0 степени («пустое» глоток) в 87, I степени (опыт Тоинби) в 91, II степени (опыт Вальсальва) в 13 случаях.

Тональная пороговая аудиометрия в обычном

диапазоне частот проведена всем обследуемым больным, результаты которой представлены в таблице 1. Достоверной разницы между показателями тональной пороговой аудиометрии и исследования речью в целом не наблюдалось, лишь 47 (24,6%) больных имелась тонально-

речевая диссоциация обусловленное выраженным нарушением разборчивости речи.

Распределение больных по степени нарушения слуха согласно классификации ВОЗ представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по степени нарушения слуха (период между приступами), в абсолютных значениях

Степень нарушения слуха	Всего (n=203 ушей)	Сторона нарушения слуха			
		Односторонняя (n=179)		Двусторонняя (n=12)	
		Больное ухо	Здоровое ухо	Правое ухо	Левое ухо
I	30	27	–	1	2
II	75	66	–	4	5
III	78	69	–	5	4
IV	17	14	–	2	1
Глухота	3	3	–	–	–

Таблица 2

Встречаемость различных типов кривых аудиограмм, в абсолютных значениях (период между приступами)

Тип проведения звука	Тип кривой (всего 203 ушей)					
	Пологовосходящий	Горизонтальный	Пологонисходящий	Крутовосходящая	Крутонисходящий	Обрывистая
Воздушная	85	62	34	14	7	1
Костная	84	60	32	17	9	1

Как видно из таблицы встречались наиболее часто тугоухость II и III степени в почти одинаковом соотношении, далее тугоухость I степени, затем тугоухость IV и в последнюю очередь – глухота.

У больных установлены следующие типы аудиограмм: пологовосходящая, горизонтальная, пологонисходящая, крутовосходящая, крутонисходящая, обрывистая (таблица 2). При первой степени потери слуха чаще встречалась пологовосходящая и крутовосходящая кривые, второй и третьей степени – пологовосходящая и горизонтальная, четвертой – горизонтальная кривая и пологонисходящая. При глухоте встречались только обрывистая и пологонисходящие кривые аудиограмм.

У 156 (81,7%) больных индекс SISI был в пределах 70-100%, что указывает на наличие ФУНГ, в 10 (5,2%) случаях он составил менее 30%. В 25 (13,1%) случаях показатель был в пределах 30-70%, что расценивается как «неадекватная» реакция структур Кортиевого органа на звуковой раздражитель.

В целом результаты SISI теста согласуются с данными литературных источников и указывают на преимущественное поражение периферической

части слухового анализатора при БМ [Крюков А.И., Федорова О.К., Антонян В.Г., Шеремет А.С. Клинические аспекты болезни Меньера. Монография. М. Медицина. 2006. 240 с.].

Таким образом, результаты данного исследования подтвердили данные литературных источников о высокой информативности психоакустических методов и незаменимой их роли при сравнении электрофизиологическими и электроакустическими методами исследования в диагностике БМ даже в период между приступами, т.е. когда отсутствуют наиболее бурные проявления заболевания. Все это диктует продолжения исследований по совершенствованию методик психоакустических исследований слуха и более углубленного изучения их патофизиологических и клинических аспектов.

ВЫВОДЫ:

1. Шум в ушах у 64,4% больных имел многотональный характер, 36% был ведущей, 51% - одной из основных жалобой больных БМ.

2. Среди всех степеней нарушения слуха наиболее часто выявлены тугоухость второй и третьей степени и наличие много тонального шума в пораженном ухе.

3. У 81,7% больных БМ установлено наличие ФУНГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезнь Меньера. Клинические рекомендации. Составители Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Гаров Е.В. и др. М-СПб. 2014. 21 с.
2. Крюков А.И., Федорова О.К., Антонян В.Г., Шеремет А.С. Клинические аспекты болезни Меньера. Монография. М. Медицина. 2006. 240 с.
3. Оториноларингология. Национальное руководство. / под ред. В. Т. Пальчуна. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. -1060 с. - ISBN: 978-5-9704-3746-9.
4. Пальчун В.Т., Гусева А.Л., Левина Ю.В. Болезнь Меньера: эпидемиология, патогенез, диагностика, лечение. Consilium Medicum. 2016; 18 (3): 107–116. DOI: 10.26442/2075-1753_2016.3.107-116.
5. Basura GJ, Adams ME, Monfared A, Schwartz SR et al. Clinical Practice Guideline: Ménière's Disease. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020 Apr;162(2_suppl):S1-S55. doi: 10.1177/0194599820909438. PMID: 32267799.
6. Bruderer SG, Bodmer D, Stohler NA, Jick SS, Meier CR. Population-Based Study on the Epidemiology of Ménière's Disease // Audiol Neurotol. 2017; 22 (2): 74–82. doi: 10.1159/000475875.
7. Espinosa-Sanchez JM, Lopez-Escamez JA. Ménière's disease // Hand. Clin Neurol. 2016; 137: 257–77. doi: 10.1016/B978-0-444-63437-5.00019-4.
8. Lauren J. Bartels, Christopher J. Danner, Boren J. Kyle P. Allen from Phi Ménière 's Disease Management Operational Techniques in Otolaryngology (2016) 27, 225 – 234.
9. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH и др.: Диагностические критерии Меньера болезнь. J Vestib Res: 1-7, <http://dx.doi.org/10.3233/VES150549> 2015 Vestib Res: 1-7.
10. Nakashima T, Pyykkö I, Arroll MA, Casselbrant ML, Foster CA, Manzoor NF, Megerian CA, Naganawa S, Young YH. Meniere's disease. Nat Rev Dis Primers. 2016 May 12;2:16028. doi: 10.1038/nrdp.2016.28. PMID: 27170253.

Резюме: Цель исследования явилось анализ результатов психофизиологических методов исследования слуха у больных болезнью Меньера в период между приступами. Основную группу составили 191 больных двухсторонней болезнью Меньера (БМ) в возрасте от 31 до 67 лет (средний возраст $48,8 \pm 0,7$ лет). Лиц женского пола было 127 (66,5%), мужского – 64 (33,5%), их соотношение составило 1,5:1. Продолжительность заболевания варьировала в широких пределах – от 10 дней до 15 лет. Контрольную группу

составили 30 здоровых лиц. Состояние органа слуха оценивали в период между приступами БМ. Были использованы психофизиологические методы исследования - акуметрия, тональная пороговая аудиометрия в обычном диапазоне частот, определение чувствительности к малым (коротким) приращениям интенсивности (SISI-тест). У всех больных имело место наряду нарушением слуха постоянный шум в ушах. Шум в ушах у 64,4% больных имел многотональный характер, 36% был ведущей, 51% - одной из основных жалобой больных БМ. Поражение слуха проявлялась нарушением по типу звуковосприятия с преимущественным поражением ее периферического отдела. У 80,1% больных установлена тугоухость второй и третьей степени. В 81,7% случаях установлено наличие ФУНГ.

Summary: Purpose of the study of to analysis of the results of psychophysiological methods for studying hearing in patients with Meniere's disease in the period between attacks. The main group consisted of 191 patients with bilateral Meniere's disease (BM) aged 31 to 67 years (mean age $48,8 \pm 0,7$ years). There were 127 females (66,5%), males - 64 (33,5%), their ratio was 1,5: 1. The duration of the disease varied widely - from 10 days to 15 years. The control group consisted of 30 healthy individuals. The state of the organ of hearing was assessed in the period between the attacks of BM. Psychophysiological research methods were used - acumetry, tonal threshold audiometry in the usual frequency range, determination of sensitivity to small (short) intensity increments (SISI test). In all patients, along with hearing impairment, constant tinnitus took place. Tinnitus in 64,4% of patients had a multi-tone character, 36% was leading, 51% was one of the main complaints of BM patients. Hearing impairment was manifested as a disorder of the type of sound perception with a predominant lesion of its peripheral section. In 80,1% of patients, hearing loss of the second and third degree was established. FUNG was found in 81,7% of cases.

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ СЛУХА У БОЛЬНЫХ ДВУХСТОРОННЕЙ БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА



Арифов С.С., Тухтаев М.Б.

*Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников
МЗ РУз, Ташкент (Директор д.м.н., профессор Акилов Х.А.)*

Болезнь Меньера (БМ) — идиопатическое заболевание внутреннего уха, характеризующееся периодическими приступами головокружения, развитием нейросенсорной тугоухости и шумом в ухе (ушах) [1, 3, 7, 10]. Заболеваемость в среднем составляет 13,1 новых случаев на 100 тыс. населения в год [2, 6, 8]. Предполагаемая распространенность БМ варьирует от 17 до 513 пациентов на 100 000 человек [5, 9].

БМ в большинстве случаев встречается в виде одностороннего поражения, хотя не она может быть двухсторонней [4].

В литературных источниках имеются немногочисленные исследования, посвященные двухсторонней БМ. В связи с этим представляет интерес — комплексный анализ клинических проявлений, в частности слуховых расстройств при данном варианте БМ.

Цель исследования. Комплексный анализ характера нарушений со стороны органа слуха у больных двухсторонней болезнью Меньера.

Материал и методы исследования. Всего находились под наблюдением 214 больных достоверным или подтвержденный диагнозом БМ. Из них у 172 больных был установлен достоверным диагноз в соответствии классификацией Американской академии оториноларингологии и хирургии головы и шеи (ААО – HNS; 1995), которой мы пользовались до конца 2017 года и 42 — подтвержденный диагноз, согласно классификации, разработанной совместно Европейской академией отологии и отоневрологии, ААО – HNS, Обществом Барани, Японским обществом исследования равновесия, Корейским обществом изучения равновесия (используется нами с 2018 года).

Из этого количества больных в 12 (5,6%) случаях установлена двухсторонняя БМ. Эти больные составили основную группу. Среди них лиц женского пола было 8 (66,7%), мужского — 4 (33,3%), их соотношение составило 1,5:1. Возраст

обследованных больных был в пределах от 37 до 62 лет (средний возраст $50,2 \pm 0,3$ лет). 10 здоровых лиц составили контрольную группу.

При постановке диагноза БМ придерживались Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10). До 2017 года дополнительно ей использована классификация критериев точности диагностики болезни Меньера Американской академии оториноларингологии и хирургии головы и шеи (ААО – HNS, 1995). Начиная с 2018 года, использована классификация критериев точности диагностики болезни Меньера Европейской академией отологии и отоневрологии, Американской академией оториноларингологии и хирургии головы и шеи, Общества Барани, Японского общества исследования равновесия, Корейского общества изучения равновесия (2016).

Для оценки степени тугоухости применяли международную классификацию нарушений слуха (ВОЗ, 1997).

Всем больным проводили осмотр ЛОР-органов и исследование состояния органа слуха и равновесия. Исследование больных включало изучение жалоб, истории развития болезни и жизни, оценку состояния органов и систем организма, эндоскопическое исследование ЛОР-органов. Для оценки состояния органа слуха провели акуметрию, тональную пороговую аудиометрию в обычном диапазоне частот, определение чувствительности к малым (коротким) приращениям интенсивности (SISI-тест), импедансометрию, регистрацию задержанной вызванной отоакустической эмиссии и отоакустической эмиссии на продукте искажения, коротколатентных (КСВП) и длиннотентных (ДСВП) слуховых вызванных потенциалов.

Результаты исследования. Комплексное обследование больных проведено в период между приступами БМ. На основе акуметрии и тональной пороговой аудиометрии в обычном диапазоне частот у всех больных установлено

нарушение слуха по типу звуковосприятия, без наличия асимметрии показателей. Все больные указывали на наличие шума в ушах. Шум в ушах был постоянный с усилением интенсивности в период приступов БМ. У трех больных шум исключительно соответствовал низко- и среднечастотному спектру, у одного больного ее спектр соответствует высокочастотному диапазону.

У большинства больных, т.е., 8 случаях шум был многокомпонентным. 7 больных не могли локализовать шум в каждом ухе по отдельности, и описывали его как «шум в голове».

Показатели тональной пороговой аудиометрии в обычном диапазоне частот представлено в таблице 1.

Таблица 1
Показатели тональной пороговой аудиометрии у больных болезнью Меньера, в дБ

Частота	Контрольная Группа (n=10)	Основная группа (n=12)	
		Правое ухо	Левое ухо
125 Гц	8,48±0,49	59,19±3,20*	61,19±2,63*
	—	—	—
250 Гц	8,35±0,71	56,94±3,01*	57,35±2,81*
	8,1±0,24	52,78±2,24*	53,18±2,23*
500 Гц	9,63±0,32	56,89±1,12*	54,89±1,54*
	8,19±0,67	51,78±1,34*	50,77±1,76*
1000 Гц	10,88±0,71	55,17±1,42*	55,01±1,09*
	9,76±0,64	50,92±2,15*	51,02±1,11*
2000 Гц	12,63±0,67	52,12±2,31*	53,02±1,92*
	10,41±0,33	50,64±1,57*	50,44±1,66*
4000 Гц	14,6±0,81	51,15±2,31*	51,86±2,65*
	12,33±0,54	46,86±2,02*	47,78±1,98*
6000 Гц	18,33±0,46	46,87±2,14*	47,88±2,33*
	17,98±0,12	45,93±1,43*	44,93±1,03*
8000 Гц	21,91±0,61	45,16±1,02*	46,17±1,13*
	20,32±0,19	43,91±1,21*	45,01±1,02*

*Примечание: На частоте 125 Гц костная проводимость не исследована. На каждой частоте в числителе показатели воздушной и знаменателе костной проводимости; * - различия относительно данных контрольной группы значимы; (* - $P < 0,05$);*

Установлены следующие типы кривых воздушного и костного проведения: пологовосходящая (40%), горизонтальная (33,3%), и пологонисходящая (2,7%).

Выраженной разницы в степени потери слуха между ушами не наблюдалось – симметричная потеря слуха в обоих ушах выявлена у 10 больных, по одному случаю имело место сочетание первой и второй, а также третьей и четвертой степеней тугоухости. Наиболее часто выявлена вторая и третья степень тугоухости, по 9 ушей каждый. Первая и четвертая степень установлена на 3-х ушах каждый.

В 20 (83,3%) ушах индекс SISI был в пределах 70-100%, что указывает на наличие ФУНГ, в двух (5,2%) его показатель был меньше 30% и в остальных двух был в пределах 30-70%. У 66,7% боль-

ных показатели SISI-теста с обеих сторон были симметричными и 33,3% – ассиметричными.

У всех больных оба класса отоакустической эмиссии – задержанная вызванная отоакустическая эмиссия и продукт искажения отоакустической эмиссии не регистрировались.

У всех больных основной группы, а также у лиц контрольной группы регистрировалась тимпанограмма тип А. В 49,8% случаях акустические рефлексы не регистрировались, у 33,5% регистрировалась на некоторых зондируемых частотах и 16,7% они регистрировались на всех зондируемых частотах (500-4000 Гц). У больных БМ выявлены изменения показателей акустического рефлекса: порог акустического рефлекса был повышен (основная группа – 97,3±4,71 дБ, контрольная группа – 87,2±4,21 дБ; $P < 0,05$), уменьшение ампли-

туды акустического рефлекса (основная группа – $5,9 \pm 0,11$ мл, контрольная группа – $8,9 \pm 0,23$ мл; $P < 0,05$), удлинение латентного периода акустического рефлекса (основная группа – $149 \pm 4,02$ мс, контрольная группа – $106 \pm 2,3$ мс; $P < 0,05$), общий вид акустических рефлексов был изменен в 68% (контрольной группе 6%).

Установлена взаимосвязь между регистрацией акустических рефлексов и степенью потери слуха, которая проявлялась уменьшением количества частот, на которых регистрировались акустические рефлексы на зондируемых частотах с увеличением

степени потери слуха.

Всем больных проведена регистрация КСВП и ДСВП и изучены их показатели латентности, амплитуды, межпиковых интервалов.

Анализ результата регистрации КСВП показал, что с обеих сторон имелась тенденция симметричного снижения амплитуды всех пиков КСВП и удлинение их латентности, что сочеталось с достоверным увеличением межпиковых интервалов I-III, I-V, III-V (таблица 2).. Эта разница возрастала с повышением степени нарушения слуха.

Таблица 2

Показатели КСВП у больных болезнью Меньера

Показатель	Контрольная группа (n=10)	Основная группа (n=12)	
		Правое ухо	Левое ухо
Латентность волн, мс			
I	1,76±0,01	1,92±0,13	1,92±0,17
III	3,78±0,02	4,04±0,10	4,03±0,10
V	5,71±0,02	6,06±0,12	6,05±0,10
Амплитуда волн, мкВ			
I	0,42±0,06	0,27±0,07	0,28±0,07
III	0,52±0,08	0,36±0,05	0,36±0,05
V	0,72±0,06	0,58±0,07*	0,56±0,05*
Межпиковые интервалы, мс			
I-III	2,06±0,02	2,14±0,02*	2,13±0,02*
III-V	1,91±0,03	2,06±0,01*	2,07±0,03*
I-V	3,94±0,04	4,19±0,04*	4,18±0,05*

Примечание: * - различия относительно данных контрольной группы значимы (* - $P < 0,05$)

Результаты регистрации ДСВП выявили наличие функциональных изменений в корковом отделе слухового анализатора, которые проявлялись недостоверным удлинением латентности и уменьшением амплитуды ее волн ($P > 0,1$).

Таким образом, суммируя результаты исследований можно заключить, что при БМ в основном поражается периферический отдел слухового анализатора. Наряду с этим выявлены нарушения, возможно, больше функционального характера в центральных отделах органа слуха и проведение в дальнейшем клинко-экспериментальных исследований в данном направлении позволят более углубленно изучить их особенности.

ВЫВОДЫ:

1. Нарушение слуха характеризовалось наличием изменений во всех отделах слухового анализатора с значимым и преимущественным поражением ее периферического отдела.
2. У большинства больных имело место симметричные изменения исследуемых

показателей и преобладание среди нарушений слуха тугоухости второй и третьей степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезнь Меньера. Клинические рекомендации. Составители Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Гаров Е.В. и др. М-СПб. 2014. 21 с.
2. Bruderer SG, Bodmer D, Stohler NA, Jick SS, Meier CR. Population-Based Study on the Epidemiology of Ménière's Disease // *Audiol Neurotol*. 2017; 22 (2): 74–82. doi: 10.1159/000475875.
3. Espinosa-Sanchez JM, Lopez-Escamez JA. Ménière's disease // *Hand. Clin Neurol*. 2016; 137: 257–77. doi: 10.1016/B978-0-444-63437-5.00019-4.
4. Lauren J. Bartels, Christopher J. Danner, Boren J. Kyle P. Allen from Phi Ménière's Disease Management Operational Techniques in *Otolaryngology* (2016) 27, 225 – 234.
5. Nakashima T, Pyykkö I, Arroll MA, Casselbrant ML, Foster CA, Manzoor NF, Megerian CA, Naganawa S, Young YH. Ménière's disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2016 May 12; 2:16028. doi: 10.1038/nrdp.2016.28. PMID: 27170253.
6. Nevoux J. et al. Diagnostic and therapeutic

strategy in Menière's disease. Guidelines of the French Otorhinolaryngology-Head and Neck Surgery Society (SFORL) //European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases. – 2017. – Т. 134. – №. 6. – С. 441-444.

7. Rubin F. et al. Comparison of video head impulse test and caloric reflex test in advanced unilateral definite Menière's disease //European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases. – 2018. – Т. 135. – №. 3. – С. 167-169.

8. Quaranta N. et al. Therapeutic strategies in the treatment of Menière's disease: the Italian experience //European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. – 2019. – Т. 276. – №. 7. – С. 1943-1950.

9. Sánchez-Sellero I. et al. Caffeine intake and Menière's disease: Is there relationship? //Nutritional neuroscience. – 2018. – Т. 21. – №. 9. – С. 624-631.

10. Sykoptretis V. et al. Surgical Labyrinthectomy and Cochlear Implantation in Menière's Disease //Otology & Neurotology. – 2020. – Т. 41. – №. 6. – С. 775-781.

Резюме

Цель исследования. Комплексный анализ характера нарушений со стороны органа слуха у больных двухсторонней болезнью Меньера.

Были обследованы 12 больных двухсторонней болезнью Меньера (БМ) в возрасте от 37 до 62 лет (средний возраст $50,2 \pm 0,3$ лет). Контрольную группу составили 10 здоровых лиц. Состояние органа слуха оценивали с применением психофизиологических и объективных методов исследования в период между приступами БМ. Среди больных преобладали лица женского пола, соотношение их с мужским полом составило 1,5:1. У всех больных имело место наряду нарушением слуха постоянный шум в ушах. Поражение слуха проявлялась нарушением по типу звуковосприятия

с наличием изменений во всех отделах слухового анализатора, но значимым и преимущественным поражением ее периферического отдела. У 83% больных имело место симметричные изменения исследуемых показателей нарушение слуха с преобладанием среди них тугоухости второй и третьей степени. Установлена взаимосвязь между результатами объективных методов исследования слуха и степенью потери слуха, в виде более выраженного изменения их показателей с увеличением степени потери слуха.

Summary

Purpose of the study. Comprehensive analysis of the nature of hearing disorders in patients with bilateral Meniere's disease.

We examined 12 patients with bilateral Meniere's disease (BM) aged from 37 to 62 years (mean age $50,2 \pm 0.3$ years). The control group consisted of 10 healthy individuals. The state of the hearing organ was assessed using psychophysiological and objective research methods in the period between the attacks of BM. Among the patients, females prevailed, their ratio to males was 1,5: 1. In all patients, along with hearing impairment, constant tinnitus took place. Hearing impairment manifested itself as a disorder of the type of sound perception with the presence of changes in all parts of the auditory analyzer, but with a significant and predominant lesion of its peripheral part. In 83% of patients, there were symmetric changes in the studied parameters of hearing impairment with the predominance of hearing loss of the second and third degree. The relationship was established between the results of objective methods of hearing research and the degree of hearing loss, in the form of a more pronounced change in their indicators with an increase in the degree of hearing loss.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-29>

УДК: 617.7-06:[616.716.3-001+616.714.6-001]

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПРИ ТРАВМАХ СКУЛООРБИТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА



Агзамова С.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Травмы орбиты среди всех травм лицевого скелета с вовлечением органа зрения и его вспомогательных структур составляют от 36 до 64%. Травматические деформации орбиты вызывают не

только значительные косметические дефекты, но и нарушения зрительных функций вплоть до потери зрения. Особенно высок уровень нарушения бинокулярного зрения при переломах нижней стен-

ки орбиты как наиболее распространенных среди всех переломов орбиты [1]. Преобладают клинические офтальмологические симптомы, такие как гематома, отек, ушибленные раны век, субконъюнктивальное кровоизлияние, хемоз конъюнктивы, диплопия, энофтальм. Повреждения зрительного нерва при черепно-мозговой травме встречаются в 0,5-5% наблюдений, при краниоорбитальных повреждениях – в 11,2% [2]. Травматическая оптическая нейропатия (ТОН) в 50% случаев скулоорбитальных травм может явиться причиной возникновения стойкой утраты зрения.

На сегодняшний день нет чётко разработанной последовательности проведения диагностических и лечебных мероприятий при медицинской реабилитации больных с повреждениями скулоорбитальной области [3].

Цель исследования

Изучение этиологических факторов, частоты встречаемости и структуры переломов скулоорбитального комплекса, а также оценка результатов методов их лечения.

Материал и методы

Для проведения ретроспективного анализа мы использовали данные 230 амбулаторных карт пациентов, которые обратились для консультации к

окулисту консультативной поликлиники многопрофильной клиники ТМА в 2015-2019 гг. Возраст пациентов – от 18 до 55 лет, средний возраст – $35 \pm 0,5$ года, мужчины составляли 83,2% женщины – 16,8%. Пациентам проводилось рентгенографическое исследование (57%) и МСКТ (43%).

Результаты

Анализ амбулаторных карт пациентов с переломами средней зоны лица позволил установить, что наиболее частой причиной является травма в быту, полученная в результате драки или в результате падения с высоты собственного роста, зачастую им способствовало состояние алкогольного опьянения.

По этиологическому фактору возникновения переломов преобладали бытовые травмы (95%), в том числе травмы в результате нападения (60%), реже причинами таких повреждений являлись дорожно-транспортные происшествия (21,2%), падение с высоты (8%) и спортивные травмы (6%). При дорожно-транспортных происшествиях, а также при нападении у пациентов чаще возникали множественные и сочетанные повреждения костей челюстно-лицевой области, а также придаточного аппарата глаза.

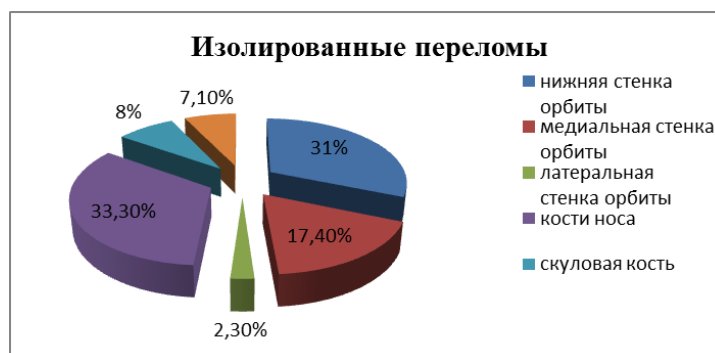


Рис. 1. Локализация травм средней зоны лица у пациентов, обратившихся в поликлинику.

Как показало изучение амбулаторных карт (рис. 1), переломы имели место у всех 230 пациентов, в том числе изолированные переломы были у 126, у 104 пострадавших отмечались множественные переломы костей средней зоны лица. Среди изолированных переломов преобладали переломы нижней стенки орбиты (39; 31%), медиальной стенки орбиты (22; 17,4%), латеральной стенки орбиты (3; 2,3%), костей носа (42; 33,3%), скуловой кости (10; 8%), стенки гайморовой пазухи (9; 7,1%). Сочетанные переломы двух стенок орбиты наблюдались у 9 (7,1%) пациентов.

Множественные переломы нижней стенки орбиты диагностированы в 61,2% случаев, костей носа – в 34%, скуловой кости – в 38%, медиальной

стенки орбиты – в 23%, стенки гайморовой пазухи – в 18%. Реже наблюдалось сочетание переломов латеральной (n=17) и верхней (n=88) стенок орбиты. У 322 (22%) пациентов выявлены переломы скулоорбитального комплекса.

У 38% пациентов переломы сопровождались ушибами и гематомами мягких тканей различных частей тела. У 5,6% пострадавших переломы костей лица сочетались с переломами костей черепа, у 83% – сочетались с ушибом и сотрясением головного мозга.

Наличие тяжелых сочетанных повреждений в большинстве случаев требует осуществления неотложных вмешательств с участием специалистов различного профиля (рис. 2).

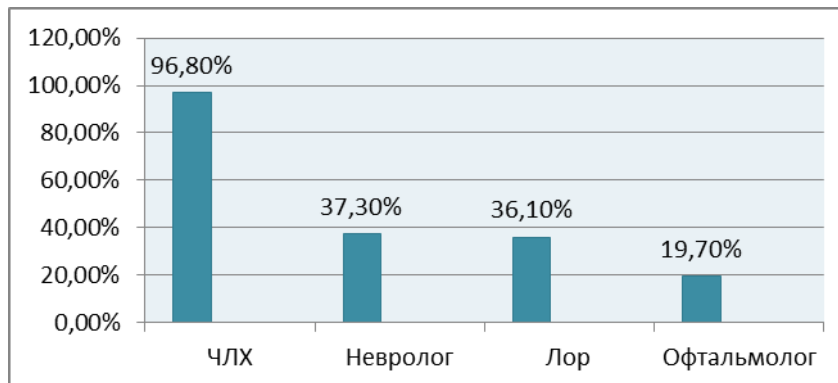


Рис. 2. Участие специалистов различного профиля в проведении диагностических мероприятий у пациентов с переломами скулоорбитального комплекса.

Данные об участии врачей узких специальностей в диагностике поражений костей средней зоны лица указывают на то, что самыми редкими были консультации офтальмолога (19,7%). Последствиями недооценки тяжести зрительных расстройств были нарушения бинокулярного зрения (49,3%), снижение центрального зрения (38%), ограничение движения глазного яблока (26,5%), энофтальм (54,8%), диплопия (31,6%), травматическая оптическая нейропатия (56,2%).

Анализ комплекса проведенных мероприятий выявил ряд осложнений и ошибок, возникших при лечении данной категории пациентов. При детальном анализе ошибок и осложнений выяснилось, что «предотвратимые» ошибки отмечались у 35,6% из них, «условно предотвратимые» – у 30,2%, «не предотвратимые» – у 34,2%, т.е. ошибки и осложнения встречались с одинаковой частотой

Обсуждение

Травмы орбиты в структуре травм лицевого скелета составляют 27-36%. На долю травматических повреждений орбиты приходится от 2 до 8% среди всей патологии органа зрения. Ведущими офтальмологическими симптомами являются дистопия (38-5%), нарушение подвижности глазного яблока (41,6%).

Анализ полученных нами данных показал, что изолированный перелом скуловой кости наблюдался в 8% случаев, множественные и сочетанные повреждения скуловой кости – в 26%, перелом скулоорбитального комплекса – в 48%.

Таким образом, раннее оказание помощи в остром периоде, этапный подход к лечению с учетом состояния костных и мягких тканей в каждом конкретном случае приводит к значительному уменьшению частоты развития посттравматических дефектов и деформаций, сокращает продолжительность реабилитационного периода и повышает экономический эффект лечения этой сложной категории больных.

Выводы

1. Ретроспективный анализ показал, что в

структуре пациентов преобладают пациенты с одиночными переломами нижней стенки орбиты. Чаще всего травмы встречались у лиц наиболее труднодоступного возраста 30-35 лет, 95% пострадавших травмы получили в быту.

2. При лечении пострадавших применялись консервативные методы лечения. Комплексное лечение больных со скулоорбитальными травмами необходимо начинать на ранних этапах после травмы.

3. Актуальной задачей офтальмолога является разработка совместно с челюстно-лицевыми хирургами, другими смежными специалистами тактики диагностики и хирургического лечения при сочетанных скулоорбитальных повреждениях, направленной на максимально полное восстановление анатомических структур глазницы, функций органа зрения и его придаточного аппарата.

Литература

1. Альхумиди Кхалед. Оптимизация реабилитации больных с переломами нижней стенки орбиты: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2013. – 125 с.
2. Дроздова Е.А., Бухарина Е.С., Сироткина И.А. Сочетанная травма костных структур орбиты и глазного яблока // Материалы 6-й Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии. – Екатеринбург, 2012. – С. 286-288.
3. Копецкий И.С. Научное обоснование мероприятий по совершенствованию медико-организационной помощи пациентам с переломами средней зоны лица: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 182 с.

Цель: изучение этиологических факторов, частоты встречаемости и структуры переломов скулоорбитального комплекса, а также оценка результатов методов их лечения. Материал и методы: для проведения ретроспективного анализа использованы данные выкопировки сведений из 230 амбулаторных карт пациентов, которые обратились для консультации окулиста в

консультативную поликлинику многопрофильной клиники ТМА в 2015-2019 гг. Возраст пациентов – от 18 до 55 лет, средний возраст – $35 \pm 0,5$ года, мужчины составляли 83,2% женщины – 16,8%.

Результаты: ретроспективный анализ показал, что в структуре пациентов преобладают пациенты с одиночными переломами нижней стенки орбиты. Чаще всего травмы встречались у лиц наиболее труднодоступного возраста 30-35 лет, 95% пострадавших травмы получили в быту. Выводы: комплексное лечение больных со скулоорбитальными травмами необходимо начинать на ранних этапах после травмы.

Ключевые слова: травма, скулоорбитального комплекс, структура переломов, лечение.

Objective: To study the etiological factors, the frequency of occurrence and structure of fractures of the zygomatic-orbital complex, as well as to evaluate the results of methods of their treatment. Material

and methods: To conduct a retrospective analysis, we used data from a copy of information from 230 outpatient records of patients who turned to consult an ophthalmologist at the consultative polyclinic of the TMA multidisciplinary clinic in 2015-2019. The age of the patients was from 18 to 55 years, the average age was 35 ± 0.5 years, men accounted for 83.2% of women – 16.8%. Results: A retrospective analysis showed that patients with single fractures of the lower wall of the orbit predominate in the structure of patients. Most often, injuries occurred in people of the most difficult-to-reach age of 30-35 years, 95% of the injured were injured in everyday life. Conclusions: Complex treatment of patients with zygomatic-orbital injuries should be started in the early stages after the injury.

Key words: trauma, zygomatic-orbital complex, fracture structure, treatment.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-30>

УДК:[616.716.8:617.52]-002.3:[578.834.1]-08-005.4

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА БОЛЬНЫМ С ПОСТКОВИДНЫМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Амонов Ш.Э., Каршиев Х.К., Эназаров Д.И., Нормуминов Ф.П.

Ташкентский педиатрический медицинский институт и
ООО «Happy Life medical centre»

Человечество в 2020 году столкнулась пандемией грозного вируса под названием Ковид-19, которая распространялась по всему миру. По данным ВОЗ вирус впервые зарегистрирована 8 декабря 2019 года в Китайском городе Ухань. В настоящее время с целью получения быстрых научных данных о новом вирусе и их осложнениях ВОЗ поддерживает тесное взаимодействие с международными экспертами, правительствами и партнерами. По последним данным ВОЗ с этим вирусом заболели более 100 миллионов человек, число летальных случаев составляет более 2 миллионов. При тяжелой короновирусной инфекции несмотря на кажущейся легкое и средне-тяжелое течение заболевания, сообщаются возникновение различных осложнений (инфаркты миокарда, тромбозы артерий и вен, гнойно-некротические синуситы, бронхиты, пневмонии, острая дыхательная недостаточность, отек легких, сепсис, инфекционно-токсический шок, поражения почек, геморрагиче-

ские инсульты мозга и пр.) (1,2,3,4,5).

В доступной нам литературе не встретили научных публикаций, посвященных комплексу исследований, который освещал бы характер гнойно-воспалительных осложнений челюстно-лицевой области при Ковид-19 и тактика врачей при данных ситуациях. Исходя из этого, хотелось нам поделиться небольшим объемом клинических исследований и результатами лечения подобного контингента больных.

Целью настоящего исследования явилось изучение результатов комплексных клиничко-лабораторных показателей и инструментальных исследований, на основании которых разработать наиболее показательные тесты в планировании комплексного лечения посткоронавирусных гнойно-воспалительных осложнений челюстно-лицевой области.

Материал и методы. В клинике ООО «Happy Life medical centre» в период с августа по де-

кабрь месяцы 2020 года находились на обследование и лечение 33 больных (21 (66,7%) мужчин и 12 (33,3%) женщин) в возрасте от 34- до 71 лет с гнойно-воспалительными осложнениями челюстно-лицевой области после перенесенного тяжелой формы Ковид-19 локализующимися в челюстно-лицевой области. Из 33 пациентов у 30 (90,9%) страдали сахарным диабетом. Из общего количество 21(63,6%) пациенты обратились в клинику через 15 дней от начало заболевания, 6 (18,2%)- через 1 месяц и 6 (18,2%)- через 2 месяца.

Методика обследования включала следующее: определение общего анализа крови (развернутая) и мочи, коагулограммы, АлАТ, АсАТ, мочевины, креатинина. С-реактивного белка, сахара, наличие вирусов гепатита В,С,ВИЧ, RW, иммуноглобулины М и G, ЭКГ. Всем больным проводилась, мультиспиральная компьютерная томография черепа и нижней челюсти, околоносовых пазух, ортопантограмма, рентгенография органов грудной клетки и УЗИ внутренних органов. Проводилась консилиум с участием челюстно-лицевого хирурга, оториноларинголога, терапевт- пульмонолога, эндокринолога и анестезиолог-реаниматолога. При необходимости были привлечены еще другие специалисты.

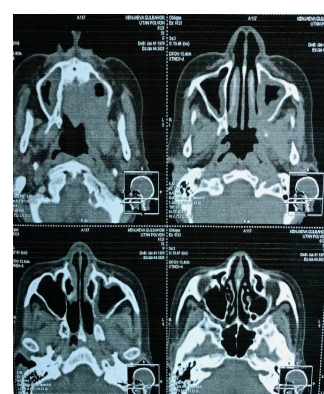
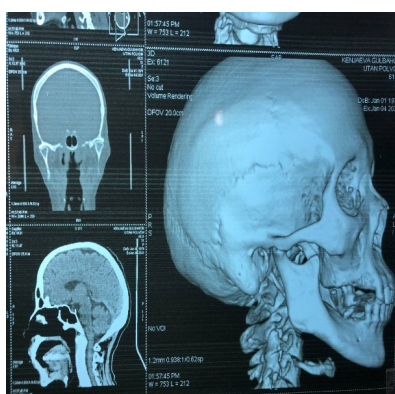
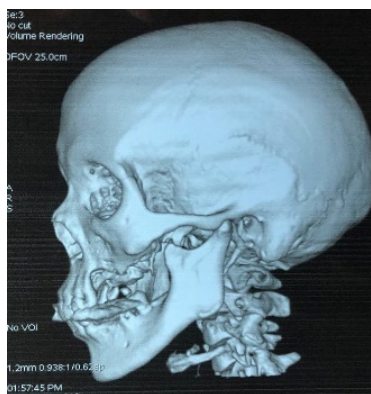
Результаты исследования. В момент обращения пациентов за медицинской помощью картина подострой стадии остеомиелита верхней челюсти была у 17 (51,5%), хронического остеомиелита верхней челюсти у 12 (36,3%), некроза глазного яблока и половины лица с хроническим остеомиелитом верхней челюсти решетчатого лабиринта, нижней стенки орбиты, основной кости у 2 (6%), хронический остеомиелит скуловой кости был установлен у 2 (6%). Следует подчеркнуть, что у всех обратившихся больных было одностороннее поражение челюстно-лицевой области.

Всем больным до обращения к нам в клинику в амбулаторных и стационарных условиях были произведены оперативные вмешательства (удаление зубов, вскрытие гнойных очагов, некроэктомия с наружным и внутриротовым доступами, эндоскопическая ревизия придаточных пазух носа, удаление глазного яблока). Состояние 31 больных расценивалось как средне-тяжелое, 2 больных тяжелое.

В результате проведенного исследования установлена, что у пациентов с подострой стадией остеомиелита верхней челюсти было отмечено подвижность всех зубов верхней челюсти, отек и незначительная гиперемия десен с двух сторон альвеолярного отростка, наличие густых гнойных выделений из носа и переходной складке. У данной категории пациентов в анализах выявлялось повышение уровня лейкоцитов до 10.0-10,9 л, СОЭ до 15 мм в час, концентрации фибриногена до 424 г/л и тромбоцитов до 410*10.9/л, С-реактивного белка 435мг/л и сахара до 26.6 ммоль/л, укорочение время свертывания крови до 20 секунд.

При хроническом остеомиелите верхней челюсти повышенные показатели фибриногена, тромбоцитов, лейкоцитов и СОЭ незначительно превышали показатели нормы. У 2 больных с некрозом глазного яблока и хроническим остеомиелитом скуловой кости отмечено повышение концентрации сахара в крови до 20 ммоль/л и С-реактивного белка до 423 мг/л.

При МСКТ исследовании у 17 больных отмечался явления остеомиелита верхней челюсти с преимущественным поражением альвеолярного отростка на уровне резцов, премоляров и моляров, 12 больных отмечено явления остеомиелита верхней челюсти с воспалением всех групп клеток решетчатого лабиринта на пораженной стороне.



У 2 больных с некрозом стенок глазницы и половины лица отмечался явления хронического остеомиелита верхней челюсти, решетчатого лабиринта и нижней стенки орбиты, и большого

крыла основной кости. У 2 больных с хроническим остеомиелитом скуловой кости было отмечено очаг разрежения костной ткани в области тела скуловой кости.

В день обращения пациентов с подострой стадией остеомиелита верхней челюсти произведено удаление разрушенных зубов с перфорацией дна гайморовой пазухи для свободной эвакуации гнояного отделяемого. При отсутствии разрушенных зубов 4 больным произведена эндоназальная катетеризация гайморовой пазухи с последующим орошением пазух антисептиками (декасан, бетрадин) в течение 2-х недель. Всем 17 больным после осмотра необходимых специалистов была назначена курс амбулаторного лечения: тималин 1.0 внутримышечно в №10, витаминотерапия -10 дней, серрата по 2 таблетке 3 раза в день в течение месяца, наблюдение пульмонолога, кардиолога, эндокринолога по месту жительства. Наблюдения за данными пациентами в течение 3-х месяцев показала стабилизацию с последующей регрессией гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевых областей и эффективности проводимых лечебных мероприятий.

У 12 больных с хроническим остеомиелитом у 6 наблюдались повышение содержания сахара в крови до 20 ммол/л и после предварительной коррекции сахара крови были прооперированы под эндотрахеальным наркозом совместно с оториноларингологами. При эндоскопической ревизии околоносовых пазух были обнаружены гнойно-некротические ткани в гайморовой пазухе, секвестры в клетках решетчатых пазух и альвеолярном отростке половины верхней челюсти, нижнего отдела передней и боковой стенки гайморовой пазухи и полное отсутствие медиальной стенки гайморовой пазухи. В процессе проведения оперативного вмешательства все патологические некротические ткани и секвестры с подвижными и разрушенными зубами были удалены и производилось ревизия естественных соустьев всех параназальных синусов с их расширением и неоднократно промывалось 3% перекисью водорода, и бетрадином, затемпонирована левомеколевой мазью и раны зашивались шелковыми швами.

Следует отметить, что отличительной особенностью постковидного остеомиелита верхней челюсти с наличием крупных очагов секвестрации и зазубренностью их краев имеет специфический неприятный запах, аналогично запаху ацетона.

В послеоперационном периоде больным назначали цефтриаксон по 1.0 2 раза в день внутримышечно в течение 8 дней, тивортин 100.0 внутривенно капельно №5, обезболивающие,

десенсибилизирующие, общеукрепляющие препараты, препараты снижающие уровень сахара в крови. Тампоны из полости пазух были удалены на 2 сутки. Учитывая продолжительность заболевания и снижение иммунобиологической реактивности организма раневые швы снимались на 12-14 сутки после операции.

Из 6 больных у 4-х с хроническим остеомиелитом и у 2-х с хроническим остеомиелитом скуловой кости при МСКТ грудной клетки были обнаружены остаточные явления Ковид -19, которые были направлены к врачу по месту жительства для дальнейшего лечения. 2 больных с тяжелым состоянием были направлены на дальнейшее обследование и лечение к окулисту и нейрохирургу.

Общая результаты проведенных исследований, следует делать заключение о том, что при подострой стадии остеомиелита раннее удаление зуба и прободение гайморовой пазухи или катетеризация гайморовой пазухи с последующим орошением антисептиками комплексная терапия способствует к быстрому регрессу воспалительного процесса и улучшению общего состояния больных. При хронических остеомиелитах челюстно-лицевой области совместное проведение оперативного вмешательства челюстно-лицевых хирургов и оториноларингологов с применением эндоскопической технологии позволяет получить хороший косметический, функциональный и клинический результат. Однако, результаты данных исследований является предварительными и в связи с этим диктуют необходимости проведения более углубленных научно-клинических изысканий в данном направлении.

Литература:

1. Амонов Ш.Э., Гулямов С.С., Саломов К.М. Коронавирус инфекциясида оториноларинголог тактикаси. Услубий кулланма. Тошкент, 2020, 14 б.
2. Туйчиев Л.Н. ва хаммуаллиф. Коронавирус инфекциясининг этиологияси, эпидемиологияси, клиник хусусиятлари, даволаш ва олдини олиш тадбирлари. Услубий кўлланма. Тошкент, 2020, 34 б.
3. Обзор нового коронавируса 2019 года (COVID-19) CDC, 1 февраля 2020 г. Источник контингента: Национальный центр иммунизации и респираторных заболеваний (NCIRD, Отдел вирусных заболеваний; <https://www.cdc.gov/coronavirus/COVID-19/summary.html>,
4. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым

коронавирусом (НКВИ). Временные рекомендации, 25 января 2020 г.

5. Clinical management of human infection with pandemic (H1N1) 2009 updated guidance. Geneva, World Health Organization. Клинические рекомендации.

Резюме

Наблюдали 33 больных с гнойно-воспалительными осложнениями челюстно-лицевой области при Ковид-19, из них 17 больных с подострой стадией остеомиелита и 16 больных с хроническим остеомиелитом верхней челюсти с поражением околоносовых пазух и решетчатого лабиринта. При планировании лечения подострой стадии остеомиелита особое внимание уделяли на удаление пораженных зубов с прободением дна гайморовой пазухи и катетеризации пазухи с последующей комплексной терапией с участием смежных специалистов. 6 больным хроническим остеомиелитом верхней челюсти с поражением околоносовых пазух и решетчатого лабиринта произведена операция секвестрэктомия с эндоскопической ревизией решетчатого лабиринта и околоносовых пазух, что является перспективным подходом в лечении данной группы больных.

Хотима

Ковид-19 инфекцияси уткизгандан сунг юз-жаг сохасида йирингли-яллигланиш касалликлари асоратлари билан 33 та бемор кузатилди, шулардан 17 та беморда юкори

жаг остеомиелитининг уткир ости даври ва 16 та беморда бурун ендош бушликларининг ва галвирсимон лабиринтнинг яллигланиши билан кечувчи сурункали остеомиелит даври таъхиси куйилди. Остеомиелитнинг уткир ости даврини комплекс даволашни режалатиришда одонтоген учокларни бартараф қилиш ва гаймор бушлиги тубини тешиб қуйиш, бушликка катетер қуйиш ва бошқа мутахассислар билан биргаликда дволош мақсадга мувофиқ деб ҳисобланган. Сурункали остеомиелитни ва бурун ендош бушликлари яллигланишларини даволашда секвестрэктомия операцияси утказиш ва эндоскопик усул ёрдамида ёндош бушликларни ревизия қилиш энг мақбул усул эканлиги таъкидланган

Summary

We observed 33 patients with suppurative inflammation of maxilla-facial area at COVID-19, including 17 patients with subacute stage of osteomyelitis and 16 patients with chronic osteomyelitis with the lesion of paranasal sinuses and ethmoid labyrinth. In treatment planning for subacute stage of osteomyelitis, the special attention was paid to the removal of the affected teeth with perforation of the maxillary sinus and sinus catheterization, followed by complex therapy with the participation of related specialists. In case of 6 patients of chronic maxillary osteomyelitis with lesion of paranasal sinuses and ethmoid labyrinth performed a sequestrectomy with the endoscopic revision of ethmoid labyrinth and paranasal sinuses, which is a promising approach in the treatment of this group of patients.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-31>

УДК: 616.211-006.5-07-08-072.1

СУРУНКАЛИ ПОЛИПОЗ РИНОСИНУСИТНИ ЭНДОСКОПИК ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ



Вохидов У.Н., Вохидов Н.Х., Шамсиев Д.Ф., Нуриддинов Х.Н., Каххоров А.В.
Тошкент давлат стоматология институти, Бухоро давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Сурункали полипоз риносинусит (СПРС) касалликнинг клиник кечиши ҳамда уни даволаш жиҳатдан сурункали риносинуситнинг энг оғир шаклларида бири ҳисобланади. СПРС замонавий тиббиётнинг жиддий муаммосидир,

чунки бурун орқали нафас олишнинг қийинлашуви ёки унинг тўлиқ ёпилиши, ҳид билиш қобилятининг бузилиши, бош оғриғи ва сурункали гипоксия ҳолати туфайли у беморларнинг ҳаёт сифатини пасайтиради [2, 5, 6,

9, 12].

Полипоз риносинусит ривожланишида сурункали бактериал ва замбуруғли яллиғланиш жараёнлари билан бир қаторда бурун бўшлиғи аэродинамикасининг ва мукоцилиар транспортнинг бузилиши муҳим рол ўйнайди [4, 5, 7, 10].

Дори воситалари орқали даволаш протоколининг такомиллаштирилганлигига қарамай, жарроҳлик аралашуви СПРСни даволашнинг асосий йўналиши бўлиб қолмоқда. Ушбу патология бурун яллиғланиш касалликлари бўйича ўтказиладиган барча жарроҳлик амалларининг 2,3 қисмини ташкил қилади. Аммо ҳаттоки мукамал бажарилган жарроҳлик амали ҳам СПРС қайталанишини тўхтатишни кафолатламайди. Одатда бундай беморларда такрорий жарроҳлик аралашувлари ўтказилади, СПРС билан жарроҳлик амали ўтказилган беморларни узоқ муддат кузатиб бориш бурун полипозининг 85% ҳолларда қайталанишини аниқлашга имкон беради [1, 2, 3, 4, 5, 11].

Замонавий жарроҳлик усуллари қуйидаги мақсадларни кўзлайди: бурун орқали эркин нафас олишни тиклаш, полипли тўқимани бутунлай олиб ташлаш, шиллик қаватни максимал даражада ўзгаришсиз сақлаш. Охириги вақтдаринохирургияда эндоскопик техника кенг қўлланилиб, у максимал функционал самарани таъминлашга имкон бермоқда [8, 15]. Тўқималар, томирлар ва асаб толаларининг минимал даражада шикастланиши, бурун ёндош бўшлиқларининг киприкли эпителияси функциясининг жадал тикланишига ёрдам беради, бурун ёндош бўшлиқларида яратиладиган кенг турғун анастомозлар бурун йўллари билан биргаликда бурун ёндош бўшлиқларининг меъёрий вентилизациясини тиклайди.

Тадқиқот мақсади сурункали полипоз риносинуситни ташхислаш ва даволашда эндоскопиянинг ролини ўрганиш ҳисобланади.

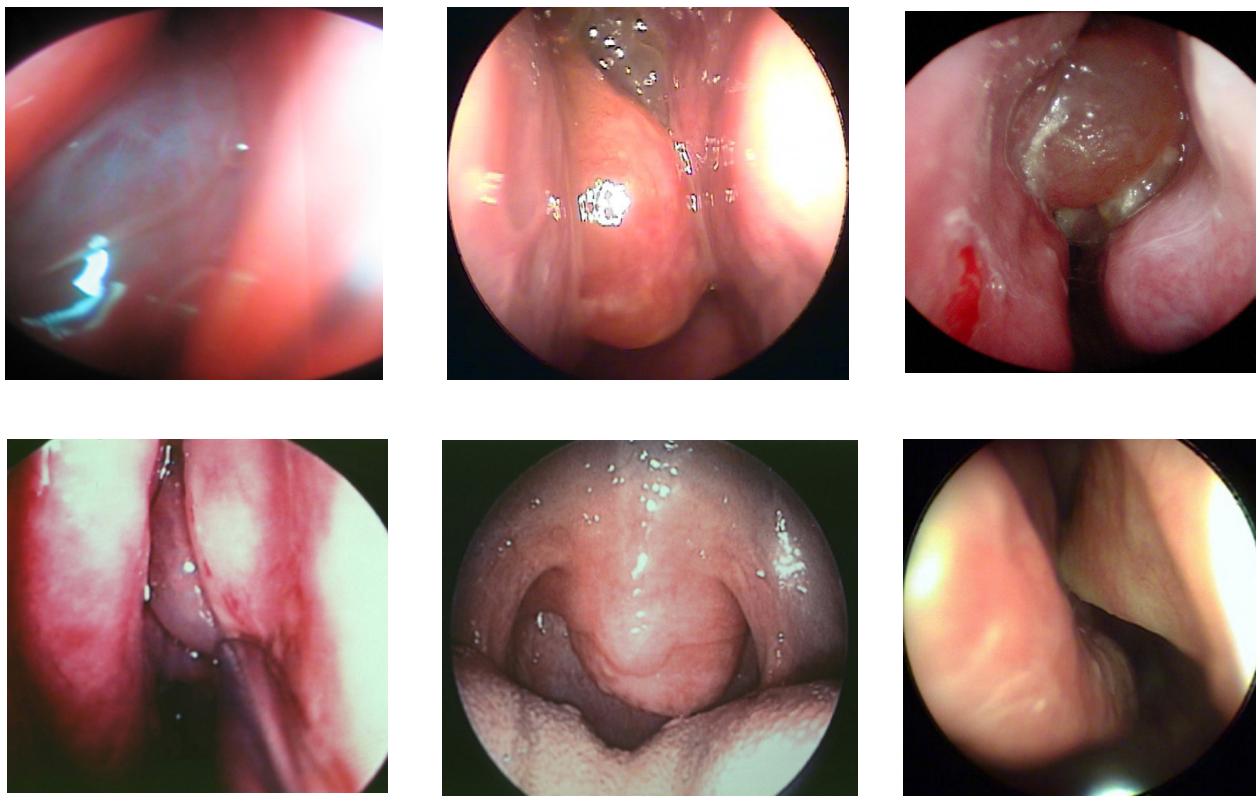
Тадқиқот усуллари ва материаллари. Биз 2008-2012 йилларда Тошкент тиббиёт академияси 3-сон клиникасининг ЛОР бўлимида стационар даволанган 125 нафар СПРС билан оғриган беморларни текширдик. Ушбу тадқиқотга кўшимча равишда бронхиал астма ва ўзига хос касалликлар (аспирин индукцияланган астма, Картагенер синдроми, Янг синдроми ва ҳоказолар) билан оғриган беморлар киритилмади. Барча беморлар касаллик анамнезини йиғиш, риноэндоскопия, морфологик ва компьютер-томографик текширишни ўз ичига олган кенг қамровли текширувдан ўтдилар. Назорат гуруҳи Тошкент

тиббиёт академиясининг 4-5 курс талабалари қаторида 20 нафар соғлом кўнгиллилардан иборат эди. Риноэндоскопия Германиянинг Karl Storz фирмаси 00, 300 и 700 ли эндоскопи ёрдамида ўтказилди.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси.

Беморлар томонидан билдирилган шикоятларининг асосий қисмини бурун орқали нафас олишнинг қийинлашуви (92,5%), бурун оқмалари (78,4%), аксириш (56%), ҳид билишнинг бузилиши (52,2%) ташкил қилди. Беморларда кўпинча фронтал соҳада бош оғриғи (78,4%) мавжудлиги қайд этилди. Компьютер томограммасида барча беморларда патологик жараёнларга алоқадор бурун ёндош бўшлиқларининг турли комбинациялари аниқланди. 10 нафар (8%) беморда пешона, юқори жағ ва ғалвирсимон бўшлиқлар, 8 нафарида (6,4%) юқори жағ, ғалвирсимон ва асосий бўшлиқлар, 43 нафарида (34,4%) юқори жағ ва ғалвирсимон бўшлиқлар, ва яна 8 нафарида (6,4%) эса барча бурун ёндош бўшлиқларининг зарарланганлиги аниқланди. 34 нафар (27,2%) беморда ғалвирсимон катактларнинг, 21 нафарида (16,8%) эса юқори жағ бўшлиғининг алоҳида зарарланганлиги аниқланди.

Эндоскопик текширув натижаларини шуни кўрсатдики, СПРС билан оғриган 85 нафар беморда бурун тўсиғининг қийшиқлиги, 21 нафарида бурун тўсиғида ўсиқлар, 26 нафарида орқа фонтанеллада кўшимча тешиқлар, 22 нафарида илмоқсимон ўсимта гипертрофияси, 28 нафарида Оноди хужайралари, 12 нафарида Галлер хужайралари, 95 нафарида қуйи бурун чиғаноғининг орқа учи гипертрофияси борлиги, 15 нафарида қуйи бурун чиғаноғининг йўқлиги, 8 нафарида бурун тўсиғининг перфорацияси, 36 нафарида бурун ўрта чиғаноғининг булласи, 27 нафар беморда пардасимон булла гипертрофияси борлиги, 5 нафарида бурун ўрта чиғаноғининг йўқлиги, 24 нафарида синехия мавжудлиги, 36 нафарида патологик жараён натижасида бузилган юқори жағ бўшлиқлари медиал деворининг йўқлиги аниқланди (1 расм).



1 расм. Бурун бўшлиғининг эндоскопик текшируви. А – бурун бўшлиғида полип. Б – гипертрофиланган ўрта бурун чиғаноғи билан биргаликда бурун бўшлиғида полип. В – бурун полиплари билан патологик оқинди. Г – полипнинг кўринишини ёпадиган илмоқсимон ўсимта гипертрофияси. Д – бўғиз чегарасидан чиқиб кетувчи антрохоанал полип. Е – қийшайган бурун тўсиғи.

Юқорида қайд этилганлардан ташқари, 94 нафар беморнинг бурун бўшлиғида патологик ажралма, 101 нафар беморда бурун бўшлиғи шиллиқ қаватининг гиперемияси ва шиши аниқланди.

Барча беморларда полипоз жараёнининг тарқалишига мос келадиган эндоскопик жарроҳлик аралашуви, шунингдек бурун орқали нафас олишни яхшилаш учун кейинчалик бурун тўсиғининг шиллиқости резекцияси, синехияни олиб ташлаш, вазотомия каби эндоскопик аралашувлар амалга оширилди. Жарроҳлик амалидан кейинги материал морфологик баҳо бериш орқали патологик текширувдан ўтказилди. Материалнинг морфологик текширувида 112 нафар (89,6%) беморда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари шиллиқ қавати стромасининг эозинофил инфильтрацияси, қолган 13 нафарда (10,4%) бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари шиллиқ қавати стромасининг нейтрофил инфильтрацияси устунлиги қайд этилди.

Жарроҳлик амалидан кейинги даврда барча беморларга 6 ойгача муддатда интраназал кортикостероид (мометазон фураат ёки флутиказон пропионат, 1 кунда 1 марта 100 мкг

дан ҳар бир бурун тешигига) тайинланди. Даволаш самарадорлигининг мезонлари қуйидагилар эди: бурун бўшлиғи ва жарроҳлик амали ўтказилган бўшлиқларнинг диагностик эндоскопиясида ижобий динамика, шунингдек, амбулатор карталар таҳлили ва беморларнинг ўз ҳолатларига берган субъектив баҳолари.

Бурун полипларини ташхислаш учун эндоскопик текширувда қуйидаги балл тизими қўлланилади. Эндоскопияда бурун полиплари бўлмаса, 0; бурун ўрта чиғаноғининг чегарасидан чиқиб кетмайдиган ва кўриш учун эндоскопик текширувни талаб қилувчи полипларга 1; бурун ўрта чиғаноғининг чегарасидан чиқиб кетадиган ва бурун ойнаси орқали кўринадиган полипларга 2; бурун бўшлиғини тўсиб турувчи массив полипларга 3 берилади. Жарроҳлик амалидан кейинги даврни баҳолаш учун биз Fokkens ва бошқалар (2007) томонидан таклиф қилинган балл тизимидан фойдаландик.

Кузатув муддати 6 ойдан 24 ойгача муддатни ташкил этди. Ҳеч қайси ҳолатда маҳаллий кортикостероид терапиясининг асоратлари ёки ножўя таъсирлари кузатилмади.

Яхши натижа 0-6 балл, қониқарли натижа

7-10 балл, қониқарсиз натижа 11-14 балл билан баҳоланди.

Даволашнинг катамнестик натижалари шуни аниқладики, 120 нафар (96%) беморда 0-6 баллга мувофиқ яхши натижа, 4 нафар (3,2%) беморда 7-10 баллга мувофиқ қониқарли натижа, 1 нафар (0,8%) беморда 11-14 баллга мувофиқ қониқарсиз натижа кузатилди.

Ўтказилган даволаш курсидан 24 ой ўтгач, беморларнинг 5 нафарида (4%) полипоз жараёнининг қайталаниши аниқланди. Бу эҳтимол, полипларнинг “инфекцияли”, яъни бактериал келиб чиқишининг инобатга олинмаганлиги билан тушунтирилади. Балким ушбу ҳолат алоҳида беморларда СПРС патогенезидаги фарқларини ҳамда кортикостероид терапияга чидамли полипоз турларининг мавжудлигини акс эттиради.

12 ойлик даволашдан сўнг 54 нафар беморда бурун шиллиқ қаватидан ажратма олиш йўли орқали якуний морфологик текширув ўтказилди. Яхши ва қониқарли натижаларга эга беморларда эозинофилиясиз бузилмаган эпителиялар, қониқарсиз натижаларга эга беморларда бурун шиллиқ қавати стромасининг нейтрофил инфильтрацияси устунлиги билан эозинофил инфильтрацияси аниқланди. Бу юқорида қайд этилган маълумотларни тасдиқлаб, бундай беморларни комплекс даволашда кичик дозаларда узоқ муддатли антибиотикларни тайинлаш кераклигини кўрсатади. Бунинг натижалари ҳақида кейинги нашрларда хабар берилади.

Шундай қилиб, даволашдан олдинги ва кейинги маълумотлар натижалари эндоскопияни қўллаш замонавий оториноларингология талабларига жавоб беради ва СПРС ни ташхислаш ва даволашда замонавий ва бебаҳодир, деган хулосага келишимизга имкон беради. СПРС билан оғриган беморларни даволашда эндоскопик усулларнинг қўлланилиши бурун бўшлиғининг тўлиқ кўриниши туфайли қайталанишлар сонини камайтириш имконини беради ва бу ўз навбатида беморларнинг ҳаёт сифатига ижобий таъсир кўрсатади.

Адабиётлар:

1. Вохидов У. Н., Хасанов У. С. Аспекты комплексного лечения хронического полипозного риносинусита //Российская ринология. – 2013. – Т. 21. – №. 2. – С. 63-63.
2. Вохидов У. Н. Данные сравнения ретроспективных и проспективных групп больных с хроническим полипозным риносинуситом //Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae. – 2014. – Т. 20. – №. 3. – С. 10-16.
3. Вохидов У. Н., Хасанов У. С. Цитокиновый статус при хроническом полипозном риносинусите

//Российская ринология. – 2013. – Т. 21. – №. 2. – С. 69-69.

4. Шамсиев Д. Ф., Вохидов У. Н., Каримов О. М. Современный взгляд на диагностику и лечение хронических воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух //Молодой ученый. – 2018. – №. 5. – С. 84-88.

5. Шамсиев Д.Ф. Состояние покровного эпителия воспалительных полипов носа// «Российская ринология» научно-практический журнал 2005, №2. Стр.37.

6. Шамсиев Д.Ф. Морфологические изменения покровного эпителия полости носа при хроническом воспалении// “Стоматология” Среднеазиатский научно-практический журнал. 2005, №1-2. Стр. 51-53

7. Шамсиев Д.Ф. Эффективность различных хирургических вмешательств на нижних носовых раковинах.// Российская ринология, Научно-практической журнал 2003, №2, стр. 44.

8. Хасанов У. С., Вохидов У. Н. Оптимизация комплексного лечения больных с хроническим полипозным риносинуситом //Врач-аспирант. – 2011. – Т. 45. – №. 2.3. – С. 501-505.

9. Bachert C. et al. Biologics for chronic rhinosinusitis with nasal polyps //Journal of Allergy and Clinical Immunology. – 2020. – Т. 145. – №. 3. – С. 725-739. doi: 10.1016/j.jaci.2020.01.020.

10. Song W. J. et al. Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps in Older Adults: Clinical Presentation, Pathophysiology, and Comorbidity //Current allergy and asthma reports. – 2019. – Т. 19. – №. 10. – С. 46. doi: 10.1007/s11882-019-0880-4.

11. Vokhidov U. N. State of reticular fibers in various forms of polypoid rhinosinusitis //European science review. – 2015. – №. 7-8. – С. 39-40.

12. Vokhidov U. N., Khasanov U. S., Vokhidov N. K. The effectiveness of use macrolides in the treatment of chronic “neutrophil” polypoid rhinosinusitis //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2014. – Т. 20. – №. 2. – С. 79-79.

РЕЗЮМЕ

Целью исследования явилось изучение роли эндоскопии в диагностике и лечении хронического полипозного риносинусита. Нами были исследованы 125 больных хроническим полипозным риносинуситом, которым проведены всесторонние клинико-лабораторные исследования, включавшим и риноэндоскопическое исследование и проведено эндоскопические хирургические вмешательства. Исследование показало, что применение эндоскопии соответствует требованиям

современной оториноларингологии, является своевременным и незаменимым в диагностике и лечении хронического полипозного риносинусита, которая поможет врачу-оториноларингологу выбрать тактику лечения внутриносовых патологий.

Ключевые слова: хронический полипозный риносинусит, эндоскопия, лечение, диагностика.

РЕЗЮМЕ

Текширишнинг мақсади сурункали полипоз риносинуситни ташхислаш ва даволашда эндоскопиянинг ўрнини ўрганиш ҳисобланди. Биз сурункали полипоз риносинусит билан оғриган 125 беморга ҳар томонлама клиник-лаборатор текшириш, жумладан риноэндоскопик текширув ва эндоскопик жарроҳлик аралашувлари ўтказдик. Текшириш шуни кўрсатдики, эндоскопия замонавий оториноларингологиянинг талабларига мос келади, сурункали полипоз риносинуситни ташхислаш ва даволашда муҳим ўрин эгаллайди,

ҳамда шифокор-оториноларингологга бурун ичи касалликларини даволашда ёрдам беради.

Калит сўзлар: сурункали полипоз риносинусит, эндоскопия, даволаш, ташхислаш.

SUMMARY

The aim of the study was to investigate the role of endoscopy in the diagnosis and treatment of chronic polypoid rhinosinusitis. We studied 125 patients with chronic polypoid rhinosinusitis, which held extensive clinical and laboratory studies, which included research rhinoendoscopy and performed endoscopic surgery. The study showed that the use of endoscopy meets the requirements of modern otolaryngology, is timely and indispensable in the diagnosis and treatment of chronic polypoid rhinosinusitis, which will help the doctor, otolaryngologist choose the tactics of treatment of intranasal abnormalities.

Keywords: chronic polypoid rhinosinusitis, endoscopy, treatment, diagnosis.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-32>
УДК: 617.735-007.23-07-084-053.88]-614.2

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ И ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ В ФЕРГАНСКОЙ, АНДИЖАНСКОЙ, НАМАНГАНСКОЙ ОБЛАСТЯХ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



Янгиева Н.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт,

Ведущей патологией, приводящей к снижению зрительных функций у лиц старше 55 лет, является возрастная макулярная дегенерация (ВМД) [1-4]. По данным Beaver Dam Eye Study, распространенность ВМД у лиц в возрастной группе от 40 до 50 лет составляет 10% случаев, тогда как у людей старше 75 лет - практически 30% [5]. На долю ВМД приходится до 8,7% от всех случаев полной слепоты в мире [4]. В структуре первичной инвалидности по ВМД больные в трудоспособном возрасте составляют 21%, а в пенсионном - 32% [2]. Актуальность проблемы заключается и в том, что данная патология часто приводит к слепоте

или необратимому снижению зрения и оказывает выраженное влияние на качество жизни человека. Рост числа пациентов с ВМД придает проблеме серьезную медико-социальную значимость.

К сожалению, в доступной отечественной литературе отсутствуют ссылки на результаты исследований по изучению распространенности и инвалидности ВМД в Республике Узбекистан.

Цель исследования. изучить состояние и динамику заболеваемости ВМД в Ферганской, Андижанской и Наманганской областях (восточном регионе) за период 2010-2019 гг. и сравнить их с показателями Республики.

Материалы и методы. На основании данных статистического отдела и статистических сборников МЗ РУз, данных отчетной документации Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра микрохирургии глаза нами проведен ретроспективный анализ динамики показателей общей и первичной заболеваемости ВМД выкопировочным и статистическим методами.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что показатели общей и первичной заболеваемости по республике имеют тенденцию к неуклонному росту, а в восточном регионе неравномерны

(Табл.1).

Анализ общей заболеваемости ВМД по РУз показал, что относительно 2010 г., показатели к 2019 г. увеличились на 10,98 (от 13,47 до 24,45) на 100 тысяч населения. Анализ первичной заболеваемости ВМД по республике за данный период показал, что показатели держатся более 3,0 в 2010, 2011 и 2012 годах, однако начиная с 2013 года имеют тенденцию к неуклонному росту и в сравнении с 3,60 в 2010 году выросли до 8,38 на 100 тысяч населения в 2019 году (на 4,78 на 100 тысяч населения).

Таблица 1.

Показатели заболеваемости ВМД в Ферганской, Андижанской и Наманганской областях и по Республике Узбекистан за период 2010-2019 гг.

Общая заболеваемость ВМД (на 100 тыс. населения)					Первичная заболеваемость ВМД (на 100 тыс. населения)			
Года	Ферган- ская область	Андижан- ская область	Наманган- ская область	Республика Узбекистан	Ферган- ская область	Андижа н-ская область	Наманг ан-ская область	Республика Узбекистан
2010	14,25	14,59	5,36	13,47	4,26	4,12	1,95	3,60
2011	15,33	15,42	5,46	14,19	4,58	4,83	1,43	3,47
2012	17,25	16,20	5,95	15,09	5,03	2,95	1,65	3,30
2013	17,63	16,89	6,67	15,90	5,29	4,35	2,11	4,62
2014	17,78	17,29	6,97	16,32	5,34	4,60	1,88	3,69
2015	19,25	17,44	7,05	17,06	5,75	4,86	1,29	4,30
2016	21,00	18,39	7,15	18,52	9,33	4,71	1,04	5,54
2017	21,11	18,68	7,54	19,62	8,81	6,04	1,55	5,16
2018	22,84	19,44	8,38	21,30	9,74	4,98	1,28	6,82
2019	24,14	19,64	9,01	24,45	10,10	4,99	1,02	8,38

В Ферганской области отмечается медленный и стабильный рост заболеваемости. От 14,25 в 2010 году до 24,14 в 2019 году (на 9,89) на 100 тысяч

населения общая заболеваемость. От 4,26 в 2010 году до 10,10 в 2019 году (на 5,84) на 100 тысяч населения первичная заболеваемость (Рисунок 1).

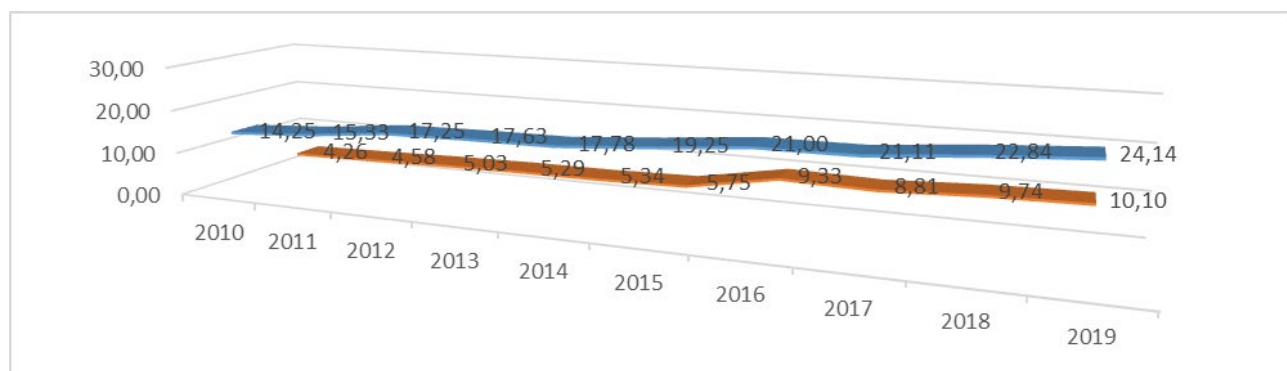


Рис. 1. Показатели общей и первичной заболеваемости по Ферганской области.

В Андижанской области отмечается достаточно стабильный уровень заболеваемости ВМД за 10-летний период, но все же с тенденцией к росту

- на 5,05 (от 14,59 до 19,64) на 100 тысяч населения общая заболеваемость (Рис.2).

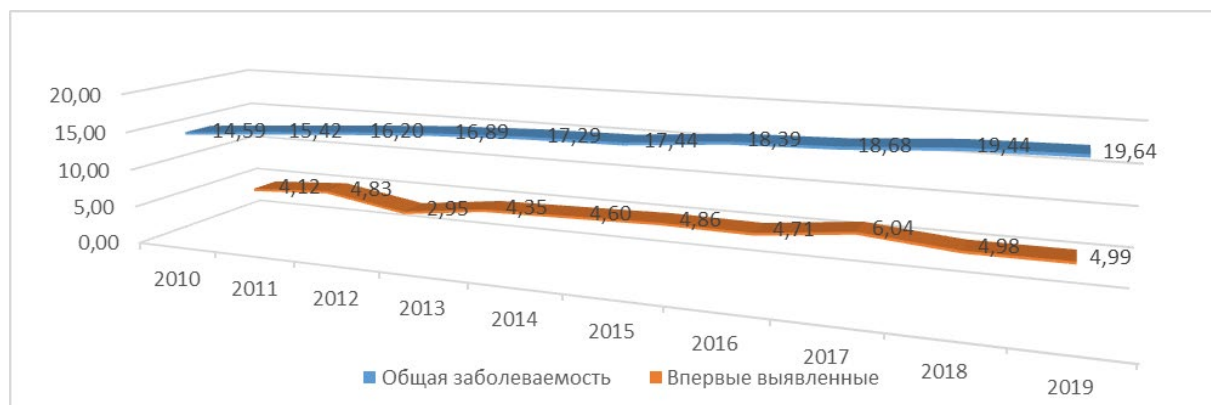


Рис. 2. Показатели общей и первичной заболеваемости по Андижанской области.

В Наманганской области показатели значительно низкие, но всё же отмечается медленный рост (Рис.3). Объяснить такую значительную разницу в показателях

заболеваемости в близко расположенных друг к другу областях, представится возможным проводя дополнительные исследования.

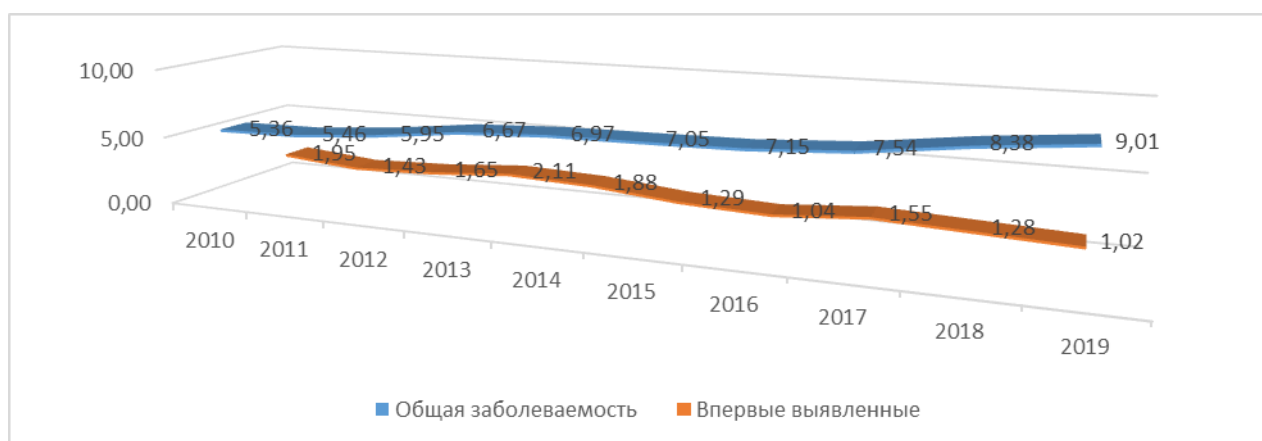


Рис.3. Показатели общей и первичной заболеваемости по Наманганской области.

Выводы:

1. Впервые проведенный в Республике Узбекистан анализ показал, что на 2019 год общая заболеваемость ВМД составляет 24,45, а первичная заболеваемость 8,38 на 100 тысяч взрослого населения, что превышает общемировые показатели.

2. Общая заболеваемость в Республике, Ферганской, Андижанской и Наманганской областях имеет тенденцию неуклонного роста.

3. В Ферганской и Андижанской областях общая заболеваемость значительно выше, чем в Наманганской области. Данное обстоятельство, в свою очередь, подтверждает необходимость проведения дополнительных исследований для выявления локальных факторов риска развития и прогрессирования, разработки реабилитационных программ, мер социальной адаптации для различных категорий населения данного региона.

Литература:

1. Bikbov M., Fayzrakhmanov R., Kazakbaeva G., Jonas J.B. Ural Eye and Medical

Study: description of study design and methodology. Ophthalmic epidemiology. 2018; 25(3):187–198. DOI: 10.1080/09286586.2017.1384504.

2. Гильманшин Т.Р. Эпидемиология возрастной макулярной дегенерации в Республике Башкортостан (клинико-статистический анализ по данным исследования The Ural Eye and Medical Study). Офтальмология/Ophthalmology in Russia. – 2019. №16(1S). – С.137–141.

3. Kazakbaeva G., Bikbova G., Fayzrakhmanov R., Uzyanbaeva Y., Zainullin R., Jonas J.B. Axial length and its associations in a Russian population: The Ural Eye and Medical Study. Investigative Ophthalmology & Visual Science. 2018; 59(9):3373.

4. Jonas J.B., Cheung C.M., Panda-Jonas S. Updates on the Epidemiology of Age-Related Macular Degeneration. The Asia-Pacific Journal of Ophthalmology. 2017; 6(6):493–497. DOI: 10.22608/APO.2017251

5. Wong T., Hyman L. Population-based studies in ophthalmology. American Journal of Ophthalmology 2008; 146:656–663. DOI: 10.1016/j.ajo.2008.07.048

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГЛАУКОМЫ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



Ризаев Ж.А.¹, Туйчибаева Д.М.²

¹Самаркандский государственный медицинский институт,

²Ташкентский государственный стоматологический институт

Как в мире, так и в Узбекистане глаукома занимает ведущие позиции среди причин неизлечимой слепоты. В конце XX века в мире глаукомой страдали около 60,5 млн людей, а к 2020 г. их число должно было увеличиться до 79,6 млн [7]. Однако в 20-х годах XXI века, по данным ВОЗ, в мире глаукомой больны уже 105 млн человек. Среди больных глаукомой 5,2 млн имеют слепоту на оба глаза, что составляет 13,5% от всех случаев слепоты в мире [2]. По утверждению А.П. Нестерова и других авторов, глаукома относится к многофакторным заболеваниям, без четко очерченной этиологии с пороговым эффектом [1,3,4,9], со значительным затруднением ранней диагностики и статистического учета показателей заболеваемости и инвалидизации [10].

Заболеваемость является одним из важнейших показателей, характеризующих здоровье населения. Оценка уровня заболеваемости служит критерием не только состояния группового, регионального и общественного здоровья, но и эффективности многих медицинских, социальных и оздоровительных мероприятий. Уровень заболеваемости определяет направление множества мероприятий, осуществляемых в области здравоохранения, то есть служит исходным пунктом для составления планов профилактической и лечебной работы отдельных врачей и медицинских учреждений в целом. В широком смысле заболеваемость является индикатором состояния окружающей среды и социального благополучия общества [5,6,8].

Первичная заболеваемость (ПЗ) – это совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые зарегистрированных в данном году заболеваний, выраженных в интенсивных показателях, т.е. на 1000, 10 тыс. или 100 тыс. населения, проживающих на данной территории [5,6,8]. Показатели ПЗ глаукомой в международной статистической практике рассчитываются на 100 тыс. населения.

Цель исследования

Изучение динамики первичной и общей заболеваемости глаукомой среди взрослого населения Узбекистана.

Материал и методы

Для оценки уровня распространенности глаукомы в РУз и определения ее основных характеристик были изучены данные, представленные МЗ страны по Ф-12 «О числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» и содержание республиканских статистических сборников «Статистические материалы о деятельности учреждений здравоохранения Республики Узбекистан (Института здоровья и медицинской статистики Министерства здравоохранения Узбекистана за период за 2011 по 2019 гг.). В нашем исследовании показатель первичной заболеваемости выражает количество впервые выявленных в данном году случаев глаукомы на 100 тыс. взрослого населения (лица старше 19 лет).

Результаты и обсуждение

Рассматривая показатели ПЗ глаукомой в РУз, необходимо отметить что за 10 лет (2010-2019 гг.) в стране, согласно данным официальной статистики, было выявлено 82215 первичных больных с данным диагнозом. Среднепериодовый уровень показателя ПЗ по Узбекистану составил ($39,8 \pm 0,4$ на 100 тыс. взрослого населения), что несколько выше, чем средние уровни распространенности данной патологии по странам СНГ и США.

Наиболее высокие уровни среднепериодового показателя (рис. 1) ПЗ отмечались в г. Ташкенте ($160,6 \pm 3,1$), Сурхандарьинской ($76,5 \pm 5,2$) и Сырдарьинской ($50,8 \pm 3,2$) областях где они превышали среднереспубликанский уровень соответственно в 4,1; 1,9 и 1,3 раза ($p \leq 0,05$). Достаточно высокий уровень ПЗ, практически равный аналогичному показателю по республике в целом, отмечался в Республике Каракалпакстан (РК) ($37,7 \pm 1,8$) и Хорезмской области ($36,4 \pm 1,8$).

Наиболее низкие показатели были зафиксированы в Наманганской ($8,8 \pm 0,7$), Ташкентской ($17,6 \pm 1,0$), Бухарской ($21,9 \pm 1,3$) и Самаркандской ($21,9 \pm 1,0$) областях (рис. 1), где они были ниже республиканского уровня соответственно в 4,5; 2,3 и 1,8 раза ($p \leq 0,05$).



Рис. 1. Среднепериодовый уровень ПЗ глаукомой по областям РУз на 100 тыс. взрослого населения.

Распространенность общей заболеваемости (ОЗ) глаукомы по областям Узбекистана имеют следующие особенности. За изученный период под наблюдением ЛПУ находились 330573 пациента с глаукомой. Среднепериодовый показатель общей заболеваемости по стране составил $161,2 \pm 0,9$ случая на 100 тыс. взрослого населения ($p \leq 0,05$).

Наиболее высокий среднепериодовый показатель ОЗ зарегистрирован в Сурхандарьинской ($335,7 \pm 4,8$) области, в г. Ташкенте ($252,6 \pm 3,8$), в Ферганской ($241,2 \pm 3,2$) и Сырдарьинской

($240,1 \pm 6,9$) областях и в РК ($217,8 \pm 4,4$), где они превышали среднереспубликанский уровень соответственно в 2,1; 1,6; 1,5 и 1,4 раза ($p \leq 0,05$). Относительно высокий уровень показателя отмечался в Самаркандской ($194,9 \pm 2,9$) и Джизакской ($147,7 \pm 4,3$) областях ($p \leq 0,05$). Самые низкие показатели были зафиксированы в Наманганской ($44,3 \pm 1,6$), Андижанской ($50,9 \pm 1,6$) и Хорезмской ($57,1 \pm 2,3$) областях (рис. 2), где они были ниже республиканского уровня соответственно в 3,6; 3,2 и 2,8 раза ($p \leq 0,05$).



Рис. 2. Среднепериодовый уровень ОЗ глаукомой по областям РУз на 100 тыс. взрослого населения.

Подобное распределение показателей первичной и общей заболеваемости можно объяснить климато-географическими особенностями некоторых областей, таких как РК, Сурхандарьинская и Хорезмская области, которые характеризуются резкоконтинентальным

климатом, с резким перепадом суточных температур и особым водным обменом, что в свою очередь может приводить к суточным колебаниям внутриглазного давления, провоцирующим развитие процесса. Питание населения в южных областях Узбекистана, которое характеризуется

избыточным потреблением мяса и животных жиров, приводит к развитию гипертонической болезни, а также способствует развитию глаукомы. Достаточно высокий уровень заболеваемости в Ферганской долине, по-видимому, связан с низким содержанием йода в продуктах питания и воде и высокой распространенностью гипотиреоза, что, по данным литературы, является фактором риска развития глаукомы. Высокий уровень распространенности глаукомы в г. Ташкенте и Ташкентской области объясняется не только лучшей выявляемостью процесса ввиду высокой обеспеченности населения офтальмологической помощью, но и возрастной структурой населения, в которой в 2019 г. лица в возрасте старше 60-65 лет составляли более 15,7% (Ташкент) и 12,1% (Ташкентская область) при среднем уровне численности этой возрастной группы по Узбекистану 10%. Именно лица старших возрастных групп преобладают среди больных глаукомой.

Рассматривая динамику распространенности глаукомы по областям Узбекистана, необходимо отметить, что практически во всех вилоях наблюдается рост показателя как первичной, так и общей заболеваемости.

Уровень первичной выявляемости глаукомы вырос (рис. 3) в целом по стране с $31,5 \pm 0,4$ до $56,1 \pm 0,5$ на 100 тыс. взрослого населения, т.е. в 1,8 раза ($p \leq 0,05$). Наибольший рост показателя ПЗ в 5,5 раза отмечался в г. Ташкенте (с $61,3 \pm 1,9$ до $339,3 \pm 4,4$ на 100 тыс. взрослого населения) и в Бухарской области в 2,8 раза (с $15,9 \pm 1,2$ до $49,9 \pm 2,0$). В Ташкентской, Хорезмской и Ферганской областях аналогичный показатель

вырос соответственно в 1,8 раза (с $11,1 \pm 0,8$ до $20,2 \pm 1,1$; с $23,7 \pm 1,5$ до $41,6 \pm 2,0$; с $15,8 \pm 0,9$ до $28,8 \pm 1,2$; $p \leq 0,05$).

Рост ПЗ в первую очередь связан с улучшением выявляемости первичной глаукомы за счет повышения уровня оснащенности ЛПУ первичного звена и научно-практических центров современным оборудованием и увеличением численности врачей офтальмологов. Кроме того, в результате массовой профилактической работы по формированию здорового образа жизни, проводимой в махаллях, поликлиниках и СМИ, увеличилась медицинская активность населения и уровень обращаемости с профилактической целью. Росту показателя ПЗ способствует также процесс старения населения страны и нарастание других факторов риска, связанных с развитием научно-технического прогресса, отмечаемый во всем мире (рост числа лиц с артериальной гипертензией, диабетом, активных пользователей интернета и телевидения, особенно среди лиц старших возрастных групп, рост гиподинамии и т.д.).

Аналогичные факторы способствуют и росту показателей общей заболеваемости глаукомой среди населения Узбекистана (рис. 4). Так, в целом по республике отмечается рост распространенности глаукомы в 1,3 раза – с $147,4 \pm 0,9$ в 2010 г. до $189,2 \pm 1,0$ на 100 тыс. взрослого населения в 2019 г. ($p \leq 0,05$). Наибольший прирост показателя общей заболеваемости отмечается в г. Ташкенте – в 2,3 раза (с $175,6 \pm 3,3$ до $400,0 \pm 4,7$); в Хорезмской – в 2,1 раза (с $33,3 \pm 1,7$ до $62,7 \pm 2,3$) и в Сурхандарьинской области – в 1,5 раза (с $228,5 \pm 4,2$ до $337,4 \pm 4,5$) и т.д. ($p \leq 0,05$).

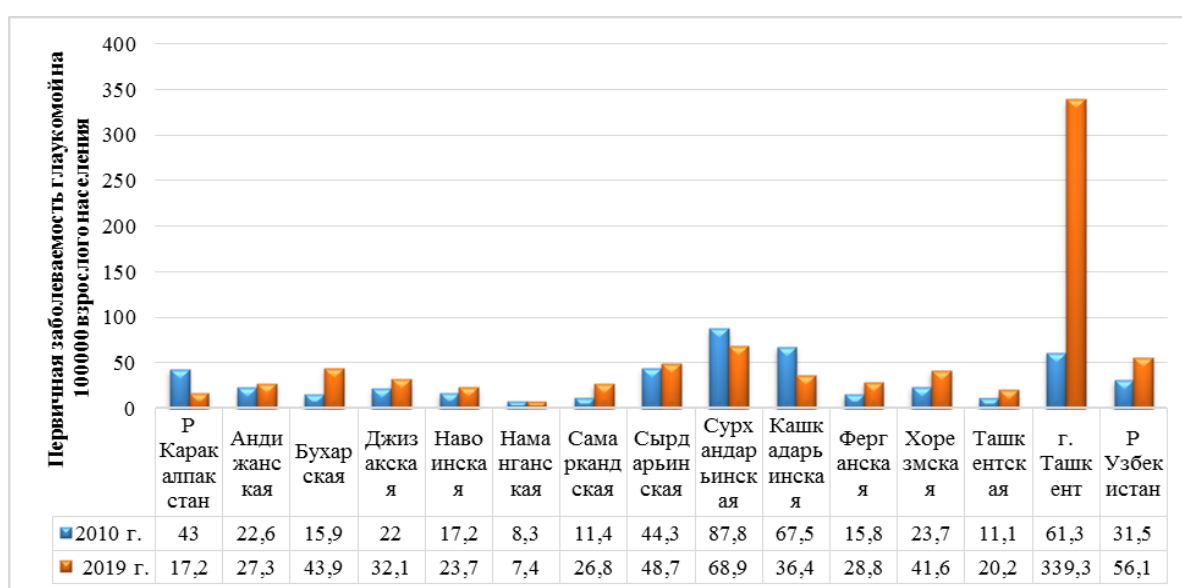


Рис. 3. Уровень ПЗ глаукомой по областям РУз на 100 тыс. взрослого населения в 2010 и 2019 гг.

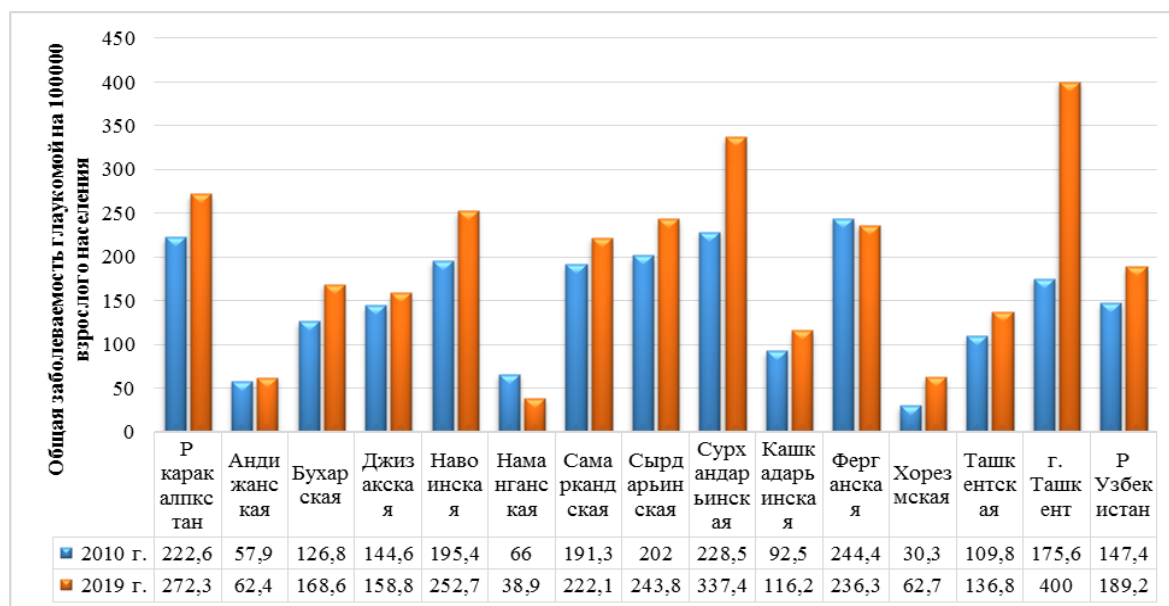


Рис. 4. Уровень ОЗ глаукомой по областям РУз на 100 тыс. взрослого населения в 2010 и 2019 гг.

Однако следует отметить что в некоторых областях наблюдается сокращение показателя ПЗ и прирост показателя ОЗ. Так, в РК за 10 лет ПЗ сократилась с $43,0 \pm 2,0$ до $17,2 \pm 1,3$ на 100 тыс. населения (в 2,5 раза), а общая заболеваемость выросла в 1,2 раза – с $222,6 \pm 4,6$ до $272,3 \pm 5,1$ на 100 тыс. населения ($p \leq 0,05$). Аналогичная ситуация отмечается Сурхандарьинской и Кашкадарьинской областях, где при сокращении ПЗ имеет место прирост ОЗ.

Это обстоятельство может свидетельствовать не только об улучшении диспансеризации за больными с данной патологией, но и об оттоке пациентов из этих областей для диагностики и

первичного установления диагноза в частные и республиканские клиники. Кроме того, несмотря на развитие современных диагностических технологий, совершенствование лазерной хирургии, а также внедрение новых как консервативных, так и хирургических методов лечения глаукомы, факты свидетельствуют о том, что они позволяют лишь достичь длительной ремиссии, но не полностью излечить заболевание. Поэтому контингент больных глаукомой имеет свойство накопления за счет регистрации первичной заболеваемости. Реальную картину проясняет именно показатель общей заболеваемости населения глаукомой.



Рис. 5. Распределение первично выявленных больных по формам глаукомы на 100 зарегистрированных больных по областям РУз за период с 2010 по 2019 гг.

Однако следует отметить что в некоторых областях наблюдается сокращение показателя ПЗ и прирост показателя ОЗ. Так, в РК за 10 лет ПЗ сократилась с $43,0 \pm 2,0$ до $17,2 \pm 1,3$ на 100 тыс. населения (в 2,5 раза), а общая заболеваемость выросла в 1,2 раза – с $222,6 \pm 4,6$ до $272,3 \pm 5,1$ на 100 тыс. населения ($p \leq 0,05$). Аналогичная ситуация отмечается Сурхандарьинской и Кашкадарьинской областях, где при сокращении ПЗ имеет место прирост ОЗ.

Это обстоятельство может свидетельствовать не только об улучшении диспансеризации за больными с данной патологией, но и об оттоке пациентов из этих областей для диагностики и

первичного установления диагноза в частные и республиканские клиники. Кроме того, несмотря на развитие современных диагностических технологий, совершенствование лазерной хирургии, а также внедрение новых как консервативных, так и хирургических методов лечения глаукомы, факты свидетельствуют о том, что они позволяют лишь достичь длительной ремиссии, но не полностью излечить заболевание. Поэтому контингент больных глаукомой имеет свойство накопления за счет регистрации первичной заболеваемости. Реальную картину проясняет именно показатель общей заболеваемости населения глаукомой.

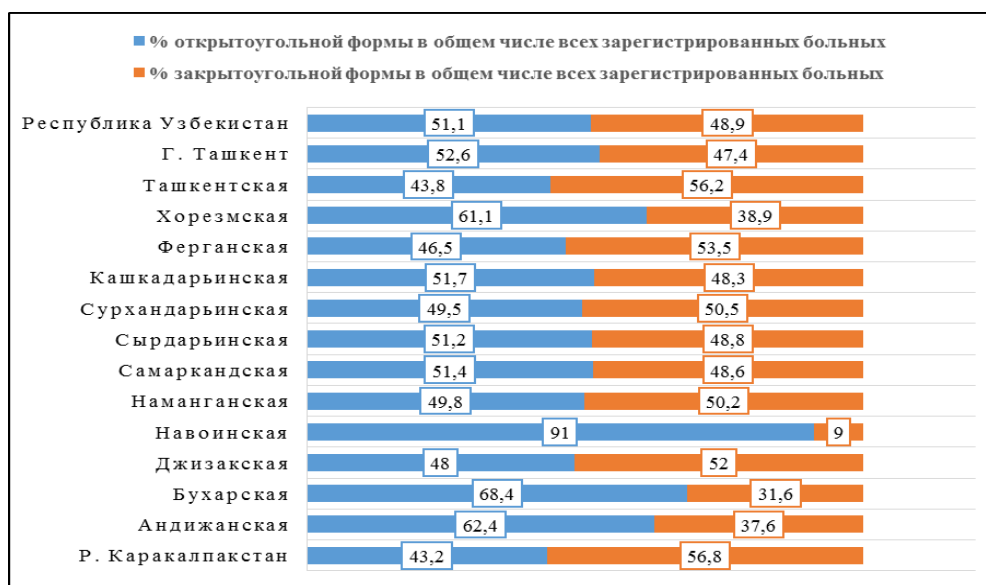


Рис. 6. Распределение общего числа выявленных больных по формам глаукомы на 100 зарегистрированных больных по областям РУз за период с 2010 по 2019 гг.

Таким образом, несмотря на то, что среди пациентов большинство были представителями коренных народностей Узбекистана, достоверного различия в распространенности форм ОУГ и ЗУГ не наблюдалось. Вероятнее всего, это связано с изменениями, происходящими в анатомическом строении глаз в результате процессов ассимиляции и акселерации среди национальностей, населяющих республику.

Выводы

1. Среднепериодовый показатель первичной и общей заболеваемости глаукомой по Узбекистану составил соответственно $39,8 \pm 0,4$ и $161,2 \pm 0,9$ случаев на 100 тыс. взрослого населения, что соответствует этим показателям в восточно-европейских и азиатских странах.

2. Наиболее высокие показатели распространенности глаукомы в период с 2010 по 2019 гг. зарегистрированы в г. Ташкенте, Сурхандарьинской, Сырдарьинской, Ферганской, Хорезмской областях и РК. Наиболее низкие показатели в тот же период зафиксированы в Наманганской и Андижанской областях. За

исследуемый период оба показателя имеют тенденцию к росту.

3. В целом по Узбекистану среди первично выявленных больных $53,1 \pm 0,1\%$ лиц выявляются с ПОУГ и только $46,9 \pm 0,1\%$ с ЗУГ ($p \leq 0,05$). Хотя в некоторых областях это процентное соотношение еще более выраженное. Так, в Навоийской области $91,1 \pm 0,3\%$ первичных больных страдают ПОУГ, а в Андижанской $62,2 \pm 0,2\%$. Однако в Р.К ($56,4 \pm 0,3\%$), Джизакской ($52,7 \pm 0,5\%$) и Ташкентской ($54,6 \pm 0,2\%$) областях среди первичных больных преобладают лица с ЗУГ ($p \leq 0,05$).

4. Прирост распространенности глаукомы среди населения республики, учитывая высокий уровень инвалидизации, повышение риска преждевременной смертности среди больных с данной патологией, делает глаукому значительной медико-социальной проблемой, требующей дальнейшего изучения, улучшения качества лечения, разработки и внедрения современных методов профилактики и ранней диагностики.

Литература

1. Аветисов С.Э., Еричев В.П., Антонов А.А.

Транспальпебральная тонометрия: сравнительная оценка // Глаукома. – 2010. – №3. – С. 45-48.

2. Всемирный день борьбы с глаукомой – 6 марта 2019 года // <http://cgbirbit.ru/news/2019-03-04/6-marta-2019-goda-vseмирnyy-den-borby-s-glaukomoy>.

3. Нестеров А.П. Глаукома. – М.: Мединформ, 2008. – 360 с.

4. Нестеров А.П. Первичная открытоугольная глаукома: диагностика и мониторинг // Сборник научных трудов 3-й Всероссийской школы офтальмолога. – М., 2004. – С. 10-15.

5. Al-Bahlal A., Khandekar R., Al Rubaie K. et al. Changing epidemiology of neovascular glaucoma from 2002 to 2012 at King Khaled Eye Specialist Hospital, Saudi Arabia // *Indian J. Ophthalmol.* – 2017. – Vol. 65, №10. – P. 969-973.

6. Crewe J.M., Morlet N., Morgan W.H. et al. Mortality and hospital morbidity of working-age blind // *Brit. J. Ophthalmol.* – 2013. – Vol. 97, №12. – P. 1579-1585.

7. Quigley H.A., Park C.K., Tracey P.A., Pollack I.P. Community screening for eye disease by laypersons: the Hoffberg program // *Amer. J. Ophthalmol.* – 2002. – Vol. 133. – P. 386-392.

8. Thvilum M., Brandt F., Brix T.H., Hegeds L. The interrelation between hypothyroidism and glaucoma: a critical review and meta-analyses // *Acta Ophthalmol.* – 2017. – Vo. 95, №8. – P. 759-767.

9. Tielsch J.M., Katz J., Sommer A. et al. Hypertension, perfusion pressure, and primary open-angle glaucoma. A population-based assessment // *Arch. Ophthalmol.* – 1995; – 113(№2): – P. 216-221.

10. Zhao D., Cho J., Kim M.H., Guallar E. The association of blood pressure and primary open-angle glaucoma: a meta-analysis // *Amer. J. Ophthalmol.* – 2014. – Vol.158, №3. – P. 615-627.

Цель: изучение динамики первичной и общей заболеваемости глаукомой среди взрослого населения Узбекистана. Материал и методы: для определения уровня распространенности глаукомы в Р. Узбекистан и определения ее основных характеристик были изучены данные общей и первичной заболеваемости глаукомой среди взрослого населения (лица старше 19 лет) в разрезе областей РУз и ее структуры за период с 2010 по 2019 гг. Результаты: наиболее высокие показатели распространенности глаукомы в период с 2010 по 2019 гг. отмечались в г. Ташкенте, Сурхандарьинской, Сырдарьинской, Ферганской, Хорезмской областях и РК. Наиболее низкие показатели зафиксированы в тот же период в Наманганской и Андижанской областях. Выводы: прирост распространённости глаукомы среди населения республики, учитывая высокий уровень инвалидизации, повышение риска преждевременной смертности среди больных с данной патологией, делает глаукому значительной

медико-социальной проблемой, требующей дальнейшего изучения, улучшения качества лечения, разработки и внедрения современных методов профилактики и ранней диагностики.

Ключевые слова: общая заболеваемость, первичная заболеваемость, Республика Узбекистан, глаукома.

Objective: To study the dynamics of primary and general incidence of glaucoma among the adult population of Uzbekistan. Material and methods: To determine the level of glaucoma prevalence in the Republic of Uzbekistan and to determine its main characteristics, we studied the data on the general and primary incidence of glaucoma among the adult population (persons over 19 years old) in the context of the regions of Uzbekistan and its structure for the period from 2010 to 2019. Results: Highest prevalence rates for glaucoma between 2010 and 2019. were noted in the city of Tashkent, Surkhandarya, Syrdarya, Fergana, Khorezm regions and the Republic of Kazakhstan. The lowest rates were recorded in the same period in Namangan and Andijan regions. Conclusions: The increase in the prevalence of glaucoma among the population of the republic, given the high level of disability, the increased risk of premature mortality among patients with this pathology, makes glaucoma a significant medical and social problem that requires further study, improvement of the quality of treatment, development and implementation of modern methods of prevention and early diagnosis.

Key words: general morbidity, primary morbidity, Republic of Uzbekistan, glaucoma.

Maqsad: O'zbekistonning kattalar aholisi orasida glokomning birlamchi va umumiy kasallanish dinamikasini o'rganish. Materiallar va usullar: O'zbekiston Respublikasida glaukomaning tarqalish darajasini aniqlash va uning asosiy xususiyatlarini aniqlash uchun biz kattalar populyatsiyasi (19 yoshdan oshgan shaxslar) o'rtasida glaukomaning umumiy va birlamchi kasalligi to'g'risidagi ma'lumotlarni o'rganib chiqdik. 2010 yildan 2019 yilgacha bo'lgan davrda O'zbekiston Respublikasi hududlari va uning tuzilishi. Natijalar: glaukoma tarqalishining eng yuqori darajasi 2010 va 2019 yillar orasida. Toshkent shahri, Surxondaryo, Sirdaryo, Farg'ona, Xorazm viloyatlari va Qozog'iston Respublikasida qayd etildi. Eng past ko'rsatkichlar shu davrda Namangan va Andijon viloyatlarida qayd etilgan. Xulosa: nogironlikning yuqori darajasi, ushbu patologiyaga chalingan bemorlarning bevaqt o'lim xavfi ortib borayotganligini hisobga olib, respublika aholisi orasida glokom tarqalishining ko'payishi glaukomaning yanada chuqur o'rganish va takomillashtirishni talab qiladigan tibbiy va ijtimoiy muammoga aylantiradi. davolash sifati, zamonaviy profilaktika va erta tashxis qo'yish usullarini ishlab chiqish va joriy etish.

Kalit so'zlar: umumiy kasallik, birlamchi kasallik, O'zbekiston Respublikasi, glaukoma.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИЕЙ ПОСЛЕ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ КОРЕШКА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА



Мирзаев А.У., Кариев Г.М., Ахмедиев М.М., Юлдашев О.Т., Бердиев Д.О.

Медико-санитарный отдел Государственного предприятия «Навоийский горно-металлургический комбинат», Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Ташкентский государственный стоматологический институт, Навоийский областной многопрофильный медицинский центр

Невралгия тройничного нерва (НТН) – одно из тяжелых заболеваний, которое, не представляя прямой опасности для жизни, сопровождается такими физическими и эмоциональными страданиями, что делает существование больного невыносимым и может стать причиной суицида [1-4].

В настоящее время качество жизни (КЖ) больного является важным, а в некоторых ситуациях – основным критерием оценки эффективности лечения в клинических исследованиях. Качество жизни отражает влияние заболевания и лечения на благополучие пациента и характеризует его физическое, эмоциональное и социальное благополучие, которое изменяется под влиянием заболевания или его лечения [5,7].

Наряду с имеющимися хирургическими пособиями, микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва ретросигмовидным доступом (МВД) в настоящее время является одной из наиболее востребованной и современной при дифференцированном подборе больных для нейрохирургического лечения [6,8-10].

Цель исследования

Изучение качества жизни в до- и послеоперационном периоде у больных с невралгией тройничного нерва после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва.

Материал и методы

Нами проанализированы результаты наблюдений 408 больных с НТН до и после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва, в 2012-2018 гг. находившихся на лечении в Республиканском научном центре нейрохирургии. Все больные обследованы стандартно: клинические осмотры специалистов и рентгенологические исследования. Для исключения сосудисто-нервного конфликта использовалась магнитно-резонансная томография

(МРТ) в сосудистом режиме с идентификацией ствола и сосудов, а также специальная техника ее проведения в трехмерном изображении с контрастированием, что помогло выявить кровеносный сосуд, сдавливающий нерв у входа в ствол.

Качество жизни оценивали на основании субъективных ощущений пациентов с помощью общего вопросника здоровья MOS SF-36, Европейского вопросника Качества Жизни – EuroQoL-5D и краткого вопросника боли – McGill Pain Questionnaire, а для полноты оценки КЖ применяли разработанные нами вопросники «Оценка болевого синдрома при НТН» и «Оценка качества жизни при НТН». Данные использованных и разработанных нами вопросников сравнивали между собой по конечным результатам.

Результаты и обсуждение

Всем 408 больным было произведено оперативное вмешательство – микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва ретросигмовидным доступом. Исследования по оценке КЖ были разделены на три периода для сравнения и объективизации по результатам хирургического лечения и степени выраженности болевого синдрома: 1-й период (2012-2014 гг.) – применение вопросников MOS SF-36 и Мак-Гилла (111; 27,2%); 2-й период (2015-2016 гг.) – применение вопросников MOS SF-36, Мак-Гилла и EuroQoL-5D (133; 32,6%); 3-й период (2017-2018 гг.) – применение вопросников MOS SF-36, Мак-Гилла, EuroQoL-5D и разработанных нами вопросников «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва» и «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва» (164; 40,2%).

Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 230 (56,4%) больных, до поступления в клинику перенесших различные виды хирургических методов лечения по поводу

ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ

НТН, 2-ю группу составили 178 (43,6%) больных, ранее не получавших хирургического лечения, либо лечившихся консервативно.

Применение разработанного нами вопросника «Оценка качества жизни при невралгии

тройничного нерва» в третьем периоде показало, что качество жизни у пациентов 1-й и 2-й групп оказалось сопоставимым: то есть до операции этот показатель был низким (табл. 1).

Таблица 1

Сумма баллов по вопроснику «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва» до и после МВД в 2017-2018 гг. у больных 1-й (числитель) и 2-й (знаменатель) групп

«Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва»	Число больных в группе	Сумма баллов	
		до операции	после операции
2017-2018 гг., n=164	$\frac{73}{91}$	$\frac{13,95 \pm 0,32}{25,22 \pm 0,3}$	$\frac{20,7 \pm 0,225}{17,909 \pm 0,21}$

Примечание. $p < 0,001$.

Так, из таблицы 1 видно, что в 1-й группе до операции показатель был почти на 5 баллов ниже, чем во 2-й группе, то есть у пациентов 2-й группы ухудшение качества жизни было не столь выраженным, как в 1-й группе. Аналогичная картина наблюдалась и по показателям в послеоперационном периоде, разница которых составила до 3 баллов. Различия показателей между группами объяснялись тем, что пациенты 1-й группы до поступления в клинику перенесли несколько видов хирургического лечения с временным эффектом, большинство пациентов имели сопутствующую соматическую патологию, кроме того, длительность заболевания у них в среднем превышала 7 лет. Все это подтверждало ухудшение качества жизни в дооперационном периоде у пациентов 1-й группы в большей степени, чем у больных 2-й группы.

После операции показатели качества жизни по сравнению с дооперационным периодом

улучшились в обеих группах, что доказывало эффективность проведенного хирургического лечения НТН путем применения МВД.

Таким образом, различие показателей качества жизни между группами указало на высокую чувствительность разработанного вопросника «Оценка качества жизни при невралгии тройничного нерва».

Применение разработанного нами вопросника «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва» в третьем периоде показало, что параметры болевого синдрома в дооперационном периоде у больных обеих групп различались с разницей до 4-х баллов. Высокие показатели зарегистрированы в 1-й группе до операции, что соответствовало тяжелой степени тяжести интенсивности болевого синдрома, а после МВД наблюдалось его снижение до средней степени как в 1-й, так и во 2-й группе (табл. 2).

Таблица 2

Сумма баллов по вопроснику «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва» до и после МВД в 2017-2018 гг. у больных 1-й (числитель) и 2-й (знаменатель) групп

«Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва»	Число больных в группе, абс.	Сумма баллов	
		до операции	после операции
2017-2018 гг., n=164	$\frac{73}{91}$	$\frac{27,31 \pm 0,33}{23,31 \pm 0,2}$	$\frac{15,22 \pm 0,03}{13,19 \pm 0,029}$

Примечание. $p < 0,001$.

Между тем, в послеоперационном периоде показатели интенсивности болевого синдрома снижались в обеих группах, что подтверждает эффективность МВД в устранении болевого синдрома при невралгии тройничного нерва. Кроме того, различия показателей интенсивности болевого синдрома между группами указывает

на высокую чувствительность разработанного вопросника болевого синдрома при НТН.

Совокупность полученных данных по разработанным нами вопросникам позволила определить степень тяжести болевого синдрома и течения невралгии тройничного нерва.

На основании анализа эффективности

использования у 164 больных нами разработанных вопросников в третьем периоде (2017-2018 гг.) можно утверждать, что у больных НТН с тяжелой и средней степенями тяжести целесообразно проводить нейрохирургическое лечение в виде МВД корешка тройничного нерва, учитывая ее высокую эффективность. А больные с легкой степенью тяжести течения НТН и длительностью безрецидивного периода более 1-го года могут получать другие виды хирургического и консервативного лечения.

Выводы

1. Сравнительная оценка качества жизни и болевого синдрома с помощью разработанных нами вопросников показала, что вопросники коррелируют между собой, а разработанные вопросники не уступают по чувствительности, надежности и валидности используемым ранее.

2. Вопросник «Оценка болевого синдрома при невралгии тройничного нерва» является одним из надежных инструментов для определения интенсивности болевого синдрома и оценки эффективности лечения больных с невралгией тройничного нерва.

3. Применение вопросников оценки качества жизни позволило определить не только степень тяжести НТН, но и выбрать дальнейшую тактику ведения после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва.

4. Применение разработанных нами вопросников оценки болевого синдрома и качества жизни являются важным инструментом оценки эффективности хирургического лечения больных с невралгией тройничного нерва.

Литература

1. Алексеев В.В., Лихачев С.А., Шанько Ю.Г., Змачинская О.Л. Современные подходы к лечению невралгии тройничного нерва [Электронный ресурс] // Неврол. и нейрохир. Вост. Европа. – 2016. – №3. – С. 8-17.
2. Карпов С.М., Хатуева А.А., Христофорандо Д.Ю. Вопросы лечения тригеминальной невралгии // Соврем. пробл. науки и образования. – 2014. – №1.
3. Коновалов А.Н., Махмудов У.Б., Пронин И.Н. и др. Вазкулярная декомпрессия в лечении невралгии тройничного нерва // Вопр. нейрохир. им. Н.Н. Бурденко. – 2008. – №3. – С. 3-8.
4. Корешкина М.И. Дифференциальная диагностика и лечение невралгии тройничного нерва // Ремедиум Приволжье. – 2016. – №2 (142). – С. 24-27.

5. Новик А.А., ИONOва Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине; Под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: РАЕН, 2012. – 527 с.

6. Рзаев Д.А., Куликова Е.В., Мойсак Г.И. и др. Тefлон-гранулема после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва у больной с рекуррентной тригеминальной невралгией // Вопр. нейрохир. им. Н.Н. Бурденко. – 2016. – Т. 80, №2. – С. 78-83.

7. Унтевский В.Г., Саркисов Г.А., Саркисов А.Я. Методы оценки психоэмоционального состояния пациента при невралгии тройничного нерва // Междунар. студ. науч. вестн. – 2016. – №4-1.

8. Шиманский В.Н., Таяшин С.В., Пошатаев В.К. Клинические рекомендации. Хирургическая коррекция синдромов сосудистой компрессии черепных нервов // Вопр. нейрохир. им. Н.Н. Бурденко. – 2017. – Т. 81, №2. – С. 96-102.

9. Щедренков В.В., Иваненко А.В., Топольскова Н.В. и др. Воздействия на периферические ветви тройничного нерва при невралгии // Пермский мед. журн. – 2011. – Т. XXVIII, №2. – С. 16-20.

10. Kondo A. Do's and Dont's in Microvascular Decompressoin Surgery // Proceedings of 5th Meeting of The Society for Microvascular Decompression Surgery. – Japan, 2002. – P. 91-94.

Резюме:

Цель: изучение качества жизни в до- и послеоперационном периоде у больных с невралгией тройничного нерва после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва.

Материал и методы: проанализированы результаты наблюдений 408 больных с НТН до и после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва, в 2012-2018 гг. находившихся на лечении в Республиканском научном центре нейрохирургии. Все больные обследованы стандартно: клинические осмотры специалистов и рентгенологические исследования.

Результаты: сравнительная оценка качества жизни и болевого синдрома с помощью разработанных нами вопросников показала, что вопросники коррелируют между собой, а разработанные вопросники не уступают по чувствительности, надежности и валидности используемым ранее.

Выводы: применение разработанных нами вопросников оценки болевого синдрома и качества жизни являются важным инструментом оценки эффективности хирургического лечения больных

с невралгией тройничного нерва.

Ключевые слова: невралгия, тройничный нерв, микроваскулярная декомпрессия, хирургическое лечение, качество жизни.

Objective: To study the quality of life in the pre- and postoperative period in patients with trigeminal neuralgia after microvascular decompression of the trigeminal nerve root. **Material and methods:** The results of observations of 408 patients with NTN before and after microvascular decompression of the trigeminal nerve root were analyzed in 2012-2018 undergoing treatment at the Republican Scientific Center of Neurosurgery. All patients were examined in a standard way: clinical examinations by specialists

and X-ray examinations. **Results:** A comparative assessment of the quality of life and pain syndrome using the questionnaires we developed showed that the questionnaires correlate with each other, and the developed questionnaires are not inferior in sensitivity, reliability and validity to those used earlier. **Conclusions:** The use of the questionnaires developed by us for assessing pain syndrome and quality of life is an important tool for assessing the effectiveness of surgical treatment of patients with trigeminal neuralgia.

Key words: neuralgia, trigeminal nerve, microvascular decompression, surgical treatment, quality of life.