

STOMATOLOGIYA

ISSN 2091-5845

№ 2
(71) 2018

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

5

НЕКОТОРЫЕ ФАКТЫ РАЗВИТИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

29

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА PERIO-FLOW®
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИИМПЛАНТИТА

46

ПРОЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Махкамов М.Э., Карапетян К.Л., Алимджанов К.Х., Саидов Э.Р., Зайнутдинов М.О. Протезирование с использованием титановых десневых опор Карапетяна К.Л.	
Ризаева С.М., Муслимова Д.М., Ибрагимова Х.Х. Практическое обоснование применения методик WAX-UP и МОК-UP при ортопедическом восстановлении фронтальных зубов винирами	
Халматова М.А., Хасанов Ш.М., Ахтамов Ш.Д. Применение препарата Тенотен для амбулаторной премедикации в челюстно-лицевой хирургии	
Махсумова С.С., Ходжаева К.М. Применение полифитового масла у детей, больных острым герпетическим стоматитом	
Махмудов А.А., Храмова Н.В. К вопросу оссифицирующего миозита жевательной мышцы	
ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ	
Хабиллов Н.Л., Сафаров М.Т., Досмухамедов Н.Б. Анализ современных подходов к ортопедическому лечению с опорой на дентальные имплантаты	
Халматова М.А., Ахтамов Ш.Д. Проблема премедикации перед стоматологическим вмешательством с учетом психоэмоционального состояния пациента	
Шамсиев Д.Ф., Ибатов Н.А. Предоперационный анализ, планирование и отбор пациентов для ринопластики	
ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	
Азизов Б.С., Алиев А.Ш., Агзамходжаева С.С., Нурматова И.Б., Солметова М.А. К диагностике бугоркового кожного лейшманиоза	
Рахимова Х.Ж., Нурматова Ф.Б. Основные физико-химические свойства стоматологических материалов	
Фазилова Л.А. Стоматологияни ўрганишда мобил иловаларнинг ўрни	
Хасанов У.С.1, Вохидов У.Н.2, Джурев Ж.А.1 Результаты эндоскопического исследования при хронических воспалительных заболеваниях носа и околоносовых пазух	
Фаттахов Р.А., Хасанова Л.Э. Изучение индекса Кердо у пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме	
ЮБИЛЕИ	
Сколько талантов таит в себе человек!	
Миржамолу Мирякубовичу Мирякубову исполнилось 90 лет	
АЗИМОВ МУХАМАДЖОН ИСМОИЛОВИЧ 70 ЁШДА	
ИРСАЛИЕВ ХУСНИТДИН ИБРАГИМОВИЧ 70 ЁШДА	
ИНФОРМАЦИЯ	
Муаллифлар диққати	

Makhkamov M.E., Karapetyan K.L., Alimdzhanov K.H., Saidov E.R., Zainutdinov M.O. Prosthetics using titanium gum bases of Karapetyan K.L.	52
Rizaeva S.M., Muslimova D.M., Ibragimova Kh.Kh. Practical substantiation of application of WAX-UP and MOCK-UP techniques for orthopedic restoration of frontal teeth with veneers	55
Khalmatova M.A., Khasanov Sh.M., Akhtamov Sh.D. The use of the Tenoten for out-patient premedication in maxillofacial surgery	59
Makhsumova S.S., Khodjaeva K.M. Application of polyphyte oil in children with acute herpetic stomatitis	62
Makhmudov A.A., Khramova N.V. The question of ossifying myositis of the masticatory muscle	64
REVIEWS	
Khabilov N.L., Safarov M.T. Dosmukhamedov N.B. Analysis of modern approaches of orthopedic treatment with support for dental implants	67
Khalmatova M.A., Akhtamov Sh.D. The problem of premedication before dental intervention, taking into account the psychoemotional state of the patient	72
Shamsiev D.F., Ibatov N.A. Preoperative analysis, planning and selection patients for rhinoplasty	75
THE PROBLEMS OF RELATED SPECIALITIES	
Azizov B.S., Aliev A.Sh., Agzamhodjaeva S.S., Nurmatova I.B., Solmetova M.A. Diagnosis of tuberkuloid skin leishmsniasis	79
Rakhimova Kh.Zh., Nurmatova F.B. Basic physical and chemical properties of dental materials	83
Fazilova L.A. The role of mobile applications in the study of dentistry	86
Djuraev1 J.A., Khasanov U.S., Vokhidov U.N. Results of the endoscopic research in chronic inflammatory diseases of nose and paranasal sinuses	90
Fattakhov R.A., Khasanova L.E. Study of the Kerdo's index in patients on the outpatient dental appointment	93
ANNIVERSARIES	
How many talents are hidden in a man!	95
Mirjamol Miryakubovich Miryakubov turned 90	97
AZIMOV MUKHAMADJON ISMOILOVICH turned 70	98
IRSALIEV KHUSNITDIN IBRAGIMOVICH turned 70	
INFORMATION	
To the attention of the author	99

20. Clement P.R., Hirsh C. *Rhinomanometry. A review* // *J. Otol., Rhinol., Laryngol. (Basel)*. – 1984. – Vol. 46. – P. 173.

21. Grymer L.F., Hilberg O. *Prediction of nasal obstruction based on clinical examination and acoustic rhinometry* // *Rhinology*. – 1997. – Vol. 35, №2. – P. 53-57.

22. Huizing E.H., MJohn de Groot A. *Functional reconstructive nasal surgery* // *Thieme. – Stuttgart New York, 2003. – 386 p.*

23. Sullivan P.K., Harshbarger R.L., Neal R.O. *Nasal osteotomies* // *17 Dallas rhinoplasty symposium. – Dallas, 2000. – P. 157-175.*

24. Walter C. *Aesthetische Nasenchirurgie* // *Arsch. Oto-Rhino-Zarungol.* – 1997. – Vol. 216. – P. 251-350.

Обсуждаются вопросы предоперационного анализа, планирования и отбора пациентов для ринопластики. Проведен литературный анализ неудовлетворительных результатов ринопластики. Отмечается важность психоэмоционального взаимодействия между пациентом и хирургом. Методы хирургического устранения деформаций носа представляют особый интерес, в связи с тем что, наличие деформации носа приводит не только к косметическим недостаткам и психологическим проблемам, но и к серьезным функциональным нарушениям.

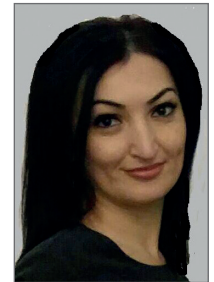
Ключевые слова: наружный нос, деформации, косметические недостатки, функциональные нарушения, психологические проблемы, ринопластика.

Ушбу мақолада ринопластика учун беморларни саралаш, операциядан олдинги таҳлил ва уни режалаштириш масалалари кўриб чиқилди. Қониқарсиз натижалари ринопластика амалиётларининг абадиётлар таҳлили ўтказилди. Бемор ва жарроҳ ўртасидаги психоэмоционал ўзаро алоқанинг муҳимлиги аниқланди. Бурун деформациялари фақатгина косметик камчилик ва психологик муаммога сабаб бўлиб қолмай, балки жиддий бурун функционал бузилишига ҳам олиб келганлиги учун бурун деформациясини жаррохлик усулида даволаш алоҳида қизиқишга сабаб бўлади.

In the article the questions of preoperative analysis, planning and selection patients for rhinoplasty are illustrated. Literature analysis of unsatisfactory results has been performed. It is noted that the psychoemotional interaction between patient and surgeon is important. Methods of surgical treatment of nasal deformities present special interest not only for cosmetic defects and psychological problems, also for serious functional disturbances.

УДК: 616.993.162-07

К ДИАГНОСТИКЕ БУГОРКОВОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА



**Азизов Б.С., Алиев А.Ш., Агзамходжаева С.С.,
Нурматова И.Б., Солметова М.А.**

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
Ташкентская медицинская академия*

Лейшманиоз кожи (пендинская язва, кожный лейшманиоз Старого Света – болезнь Боровского, кожный лейшманиоз Нового Света, шанкр Сахары, бутон Бискры, восточная язва, углевик, годовик, сартская болезнь, ашхабадская язва) – эндемичная трансмиссивная болезнь, свойственная странам с жарким и теплым климатом, проявляющаяся преимущественно поражением кожи [5].

Болезнь вызывается простейшими рода *Leishmania*. Переносчик возбудителя – москиты из рода *Phlebotomus*, основной путь заражения – через укусы москитов. Согласно учению о природной очаговости болезней, разработанному академиком Е.Н. Павловским, природным источником заражения кожным лейшманиозом людей являются грызуны песчанки [3]. Заражение человека происходит во время его пребывания в местности с природными лейшманиозными очагами в летний период. Источник заражения кожным лейшманиозом городского типа – больной человек.

Выделяют четыре основные клинические формы заболевания: кожный лейшманиоз, кожно-слизистый лейшманиоз, диффузный кожный лейшманиоз и висцеральный лейшманиоз [6]. Кожный лейшманиоз представляет собой благоприятную форму и встречается в 50-75% всех случаев заболевания [4].

Кожный лейшманиоз разделяется на две группы: кожный лейшманиоз Старого Света (Средиземноморский регион, Азия, Ближний Восток, Африка) и кожный лейшманиоз Нового Света (Центральная и Южная Америка). В настоящее время происходит перераспределение географической распространенности заболевания, которое вызвано миграцией населения, потеплением климата и, как следствие, увеличением популяции

москитов [4]. Лейшманиоз является эндемичным заболеванием в 88 странах: 67 – в Старом Свете и 21 – в Новом Свете [8]. Число инфицированных лейшманиозом – около 350 млн человек. Ежегодное увеличение числа заболевших – около 400 тыс случаев в год [9].

Первое достоверное описание кожного лейшманиоза сделал в 1745 г. английский врач Роскок, обнаруживший его у жителей Сирии. В середине XIX века, в период колонизации стран Азии, Африки, Ближнего Востока, среди военных европейцев заболеваемость кожным лейшманиозом приняла массовый характер, что вызвало к нему повышенное внимание. Знакомство русских врачей с кожным лейшманиозом связано с присоединением среднеазиатских территорий. В 1889 г. ординатору Ташкентского военного госпиталя П.Ф. Боровскому удалось обнаружить и описать возбудителя болезни, которого автор отнес к простейшим. В 1899 г. английский врач лейтенант-генерал Sir William Boog Leishman в мазках из селезенки больного, умершего от тропической болезни кала-азар, обнаружил возбудителя болезни, а в 1903 г. одновременно с ирландским врачом-бактериологом Charles Donovan описал этих паразитов [5].

Обычно продолжительность заболевания составляет около года (острая форма кожного лейшманиоза), реже – более года (хроническая форма), в литературе описан случай затяжного, более года, течения при иммунодефицитом состоянии [7]. В 1940 г. П.В. Кожевников и Н.И. Латышев выделили две формы кожного лейшманиоза: поздноизъязвляющийся и остронекротизирующий [2].

Антропонозный кожный лейшманиоз (городской, поздноизъязвляющийся) распространен преимущественно в странах Средиземноморья, на Ближнем и Среднем Востоке, в западной части полуострова Индостан. Инкубационный период – от 3 до 9 месяцев. На месте укуса москита появляется узелок размером с горошину, через 3-5 месяцев на нем появляется плотная корочка, покрывающая эрозию, а через 2-8 месяцев эрозия трансформируется в поверхностную язву неправильной формы с выраженным инфильтратом в основании. Разрешившийся инфильтрат оставляет после себя выраженный рубец – «печать Каина». Заболевание длится около года («годовик»).

Зоонозный кожный лейшманиоз (сельский, остронекротизирующий) распространен в сельских оазисах пустынных и полупустынных районов Ближнего Востока, Средней Азии, Индии, Африки. Высыпания чаще располагаются на открытых участках кожи: лице, шее, руках, ногах. В области укуса москита через 2-4 недели появляется фурункулообразный инфильтрат, изъязвляющийся через 1-2 недели. Образуется глубокая болезненная язва с гнойным отделяемым. Через 2-3 месяца она начинает очищаться от некротических масс. При разрешении также формируется глубокий рубец. Заболевание осложняется лимфангоитом и лимфадени-

том. Чаще встречается зоонозный вариант [4].

Бугорковая форма кожного лейшманиоза – один из вариантов лейшманиоза, который развивается у лиц с измененной реактивностью организма в результате активации сохранившихся лейшманий или в результате естественной суперинфекции. Этот тип лейшманиоза часто встречается у детей или лиц молодого возраста. Заболевание развивается в процессе обратного развития первичной лейшманиомы антропофильного типа или в области постлейшманиозного рубца. Вокруг заживающего очага поражения появляются бугорки величиной 2-5 мм желто-белого цвета с признаком застойной красноты. Элементы имеют полушаровидную плоскую форму, с гладкой, иногда шелушащейся поверхностью. Бугорки часто окружают свежий рубец, могут развиваться на уже сформировавшемся рубце и сохраняются длительное время. Появление новых элементов способствует увеличению зоны поражения, захватывающей новые участки кожи. Затем в процессе обратного развития оставляют атрофию или могут изъязвляться, покрываясь желто-коричневой коркой. По внешнему виду бугорки напоминают люпомы при туберкулезной волчанке, поэтому заболевание часто называют люпоидным лейшманиозом [1].

Приводим наше наблюдение

Больная Д., 18 лет. Первое обращение к дерматологу в августе 2017 г. с жалобами на высыпания в области лица (носа). Жалобы при поступлении: на высыпания на лице, в области носа, без субъективных ощущений.

Anamnesis morbi: считает себя больной в течение 6-7 месяцев. Причину возникновения высыпаний больная ни с чем не связывает. Как отмечает больная, заболевание началось с появления небольшого пятна, которое через 3 месяца покрылось корочкой. Неоднократно получала амбулаторное лечение по месту жительства (диагноз и название препаратов больная не помнит), однако эффекта от полученной терапии не отмечала.

Anamnesis vitae: росла и развивалась соответственно возрасту и полу в благоприятных социально-бытовых условиях. Наследственность не отягощена. Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные средства не наблюдаются, вредных привычек нет. Родилась и проживает в Термезе, Сурхандарье. Старший ребенок от второй беременности. Роды в срок. В семье двое детей. Профилактические прививки – соответственно возрастным нормам. Питание регулярное, аппетит плохой. Перенесенные заболевания: ОРВИ – не более двух случаев в год.

Status praesens: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Контактна. Телосложение пропорциональное. Физическое развитие гармоничное. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, обычной окраски, рубцы отсутствуют, видимых опухолей нет. Видимые слизистые розовые, влажные. Высыпания на слизистых оболочках отсутствуют. Зрачковые и су-

хожильные рефлексы сохранены, одинаковы с обеих сторон. Патологические рефлексы и тремор конечностей отсутствуют. Мышечный тонус сохранен. Носовое дыхание свободное, выделений из носа нет. Грудная клетка симметрична. Дыхательные движения симметричны. Дыхание ритмичное. Перкуторный звук ясный легочный над всеми полями. Дыхание везикулярное. АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не увеличен, симметричен, пальпация безболезненна. Печень, селезенка не пальпируются. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, мягко-эластичной консистенции. Патологические пульсации отсутствуют.

Кожа смуглая. Дермографизм розовый, эластичность кожи обычная. Кожная чувствительность сохранена, зон кожной гиперестезии нет. Волосы блестящие, густые. Ногтевые пластины не изменены. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, равномерно распределена, тургор сохранен. Подчелюстные лимфатические узлы при пальпации округлые, мягкие, эластичные, подвижные, гладкие, безболезненные, величиной меньше чечевицы, не спаяны между собой и с окружающими тканями. Другие периферические лимфатические узлы не пальпируются. Кожа над пальпируемыми лимфоузлами без изменений.

Status localis: кожно-патологический процесс носит хронический воспалительный, ограниченный характер, локализуется на коже лица, а именно в области спинки и крыльев носа (рисунок). Элементами поражения являются бугорки размерами 3-4 мм в диаметре застойно-красного цвета, расположенные на гиперемизированном и инфильтрированном фоне в виде бляшки, с четкими границами. Элементы имеют полушаровидную форму с легким шелушением на поверхности, местами склонные к слиянию, плотноватой консистенции.

Субъективно: чувствительность сохранена, болезненных ощущений нет. На основании жалоб, данных физикального осмотра, анамнеза заболевания (в том числе сведений о пребывании пациентки в эндемичном по лейшманиозу районе) заподозрен кожный лейшманиоз.

Лабораторные исследования Общий анализ крови: Нб 100 г/л; эр. $3,8 \times 10^{12}/л$; цв. пок. 0,8; л. $6,2 \times 10^9/л$; с. 57,4%; эоз. 1,8%; лимф. 34,0%; мон. 6,8%.

Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л; билирубин общ. 7,8 ммоль/л, связанный 2,6 ммоль/л, свободный 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,1 ммоль/л, креатинин 49,1 ммоль/л, АЛТ 5 ед/л, АСТ 15 ед/л.

Общий анализ мочи: количество 50 мл; светло-желтая, прозрачная, удельный вес 1005, реакция кислая; белок abs, лейкоциты 3 в п/з. Общий анализ кала: обнаружены цисты лямблий.

Гистологическое исследование: гиперкератоз с роговыми инвагинациями, неравномерный акантоз, чередующийся с участками уплощенного эпидермиса,

вакуольная дистрофия клеток базального слоя с выпадением пигмента в сосочковый слой дерма. В дерме коллагеновые волокна фиброзно изменены, местами гомогенизированы, определяются туберкулоидные гранулематозные инфильтраты, содержащие лимфоциты, нейтрофилы, гистиоциты, единичные многоядерные гигантские клетки.

Выставлен диагноз: хронический кожный лейшманиоз. Проведенное лечение: Sol. acidi ascorbinici 5% 2,0, в/м; Sol. cyanocobalamini в/м; antrali 0,2 по 1 таб 3 р/д; aevite 0,2 по 1 капс. 2 р/д; деструкция с помощью диодного лазера; наружно Ung. levomicoli 2 р/д.

В процессе лечения элементы рассосались с образованием рубцовой атрофии.

Данный случай представляет интерес как для дерматологов, так и для врачей общей практики как редко встречающийся дерматоз. Была проведена дифференциальная диагностика. Бугорковый лейшманиоз кожи необходимо отличать от туберкулезной волчанки, бугоркового сифилида, мелкоузелкового саркоидоза, туберкулезного типа лепры. В данном случае у больной диагностирован бугорковый лейшманиоз кожи, который не был распознан в районном КВД. Кожный процесс характеризовался длительным прогрессивным течением, резистентностью к терапии и отсутствием признаков системности.

Бугорковый лейшманиоз кожи остается редким дерматозом. Осведомленность широкого круга врачей о состоянии проблемы имеет большое значение для совершенствования диагностики и повышения эффективности лечения данного заболевания.

Литература

1. Арифов С.С. Клиническая дерматология и венерология: Атлас. – Ташкент: Ворис-Нашириёт, 2008. – С. 272-273.
2. Кожевников П.В. Проблемы кожного лейшманиоза. – Ашхабад, 1941.
3. Латышев Н.И., Крюкова А.П. Роль большой песчанки в хранении вируса кожного лейшманиоза в течение межэпидемического периода // Докл. АН СССР. – 1941. – Т. XXX, №1. – С. 90-92.
4. Родионов А.Н. Дерматокосметология. Поражение кожи лица и слизистых. Диагностика, лечение и профилактика. – СПб: Наука и техника 2011.
5. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. – В 4 т.; Под ред. Ю.К. Скрипкина. – М.: Медицина, 1995. – С. 422-454.
6. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К. и др. Дерматология: Атлас-справочник. – 3-е изд. – М.: Практика, 1999.
7. Azizov B.S., Karimova M.K., Nabiev F.H. An Atypical Case of Leishmaniasis with HIV Co-Infection // Dermatol. Case Rep. – 2017. – Vol. 2, №3. – P. 134.

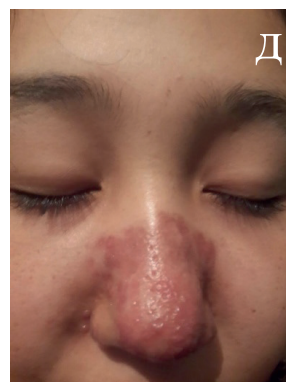
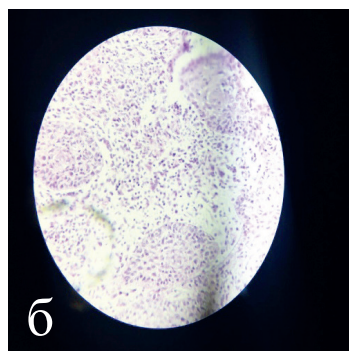
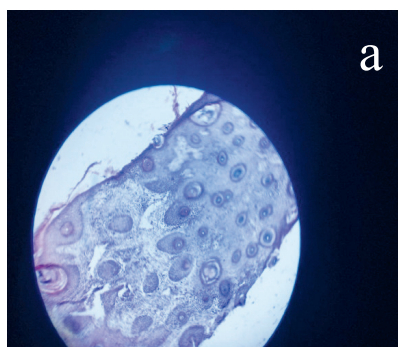


Рисунок. Криостатные срезы клинически интактного участка кожи больной (ув. соответственно $\times 400$ и $\times 100$) (а, б); больная с туберкулоидной формой хронического кожного лейшманиоза до (в), в процессе, через 2 нед. от начала лечения (г) и после лечения (д).

8. Blum G., Desjeux P., Schwarz E. et al. Treatment of cutaneous leishmaniasis among travelers // *J. Antimicrob. Chemother.* – 2004. – Vol. 53. – P. 158-66.

9. Hengg U.R., Marini A. Cutaneous leishmaniasis // *Hautarzt.* – 2008. – Vol. 59. – P. 627-632.

Проанализированы данные литературы, посвященной лейшманиозу – заболеванию, являющемуся эндемичным в среднеазиатском регионе. В статье описаны основные формы этого заболевания, его клинические симптомы. Особое внимание уделено редко встречающейся бугорковой форме кожного лейшманиоза, а также приводится собственное наблюдение пациентки с бугорковой формой хронического кожного лейшманиоза, подтвержденного гистологическим и другими методами исследования. Врачам-дерматологам следует иметь определенную настороженность в отношении данного заболевания, особенно в осенний период времени в связи с широкой миграцией населения.

Ключевые слова: лейшманиоз, бугорковая форма, диагностика, дифференциальный диагноз, гистологическое исследование, лечение.

Leishmanioz dermatologiyaning eng muhim tibbiy va ijtimoiy muammolaridan biridir. Maqolada O'rta Osiyo mintaqasida endemik kasallik bo'lib hisoblangan leishmanioz haqida adabiyot ma'lumotlari keltirilgan.

Dermatolog shifokorlar ushbu kasallikning rivojlanishi, xususan, kuzgi davrda aholi keng tarqalgan migratsiyasi tufayli sezilarli ehtiyot bo'lishlari kerak. Leishmaniozning asosiy shakllari va uning klinik belgilari tasvirlangan. Teri leishmaniasisning kamdan-kam uchraydigan tуберкулоид shakliga e'tibor berigan. Shuningdek gistologik tekshirilgan va boshqa usullar bilan tasdiqlangan leishmanioz tуберкулоид shaklning klinik ko'rinishi keltirilgan.

Kalit so'zlar: leishmanioz, tуберкулоид shakli, diagnostika, differentsial tashxis, gistologik tekshiruv, davolash.

Leishmaniasis is one of the most important medical and social problems in dermatology. The article presents literature data of leishmaniasis, a disease that is endemic in the Central Asian region. Dermatologists should have a certain caution about the development of this disease, especially in the autumn period due to the widespread migration of the population. The main forms of leishmaniasis and its clinical symptoms are described. Attention is paid to the rarely occurring tubercle form of cutaneous leishmaniasis. A clinical case of tubercle form, confirmed by histological examination and other methods, is also presented.

Key words: leishmaniasis, tubercular form, diagnosis, differential diagnosis, histological examination, treatment.