

STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2091-5845

№ 4, 2024 (97)



34

РУХИЙ КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ ТИББИЙ
ЎЗУВЛАРИДАН РЕТРОСПЕКТИВ МАЪЛУМОТЛАРНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

79

ОЧИҚ ПРИКУСНИ ИННОВАЦИОН
ОРТОДОНТИК АППАРАТ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ

98

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ОРТОДОНТИИ В ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Содержание

ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ИСТОРИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

Даминова Ш.Б. Тошкент давлат стоматология институтининг болалар терапевтик стоматологияси кафедраси тарихи.....5

Азимов А.М., Содиқова Х.Қ. Жаррохлик стоматология ва дентал имплантология кафедраси тарихи.....15

Каримова Н.Ю., Шарипова Г.И. Туғма цитомегаловирус мавжуд болаларда герпетик стоматитларни текшириш бўйича тадқиқот материали ва усулларининг тавсифи.....25

Хикматуллаев Р.З. Динамика содержания нейрон-специфической энолазы в крови крыс после моделирования травмы спинного мозга.....29

Гаффаров С.А., Астанов О.М. Рухий бузилиши мавжуд беморларнинг касаллик тарихидаги ретроспектив маълумотларнинг натижалари ва уларнинг таҳлиллари.....34

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Фазилова У.К., Хабибова Н.Н. Стоматологический статус и гигиенические показатели полости рта у пациентов с сахарным диабетом II типа.....39

Наврўзова Ў.О., Хабибова Н.Н. Клинические особенности хронического рецидивирующего афтозного стоматита у женщин фертильного возраста и оптимизация подходов к его лечению.....43

Abdullayev Sh. R., Xamrayev M.Sh. Surunkali buyrak kaslliklarida surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitni kompleks davolashning asoslash.....47

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Абдуллаев Ш.Ю., Бабохужаев А.С. Методы прогнозирования осложнений с поражением отдаленно расположенных органов и систем у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями.....51

Хасанов А.И., Атавуллаев М.Ж., Байходжаева Э.Б. Диагностика остеомиелита верхней челюсти у больных, перенесших Covid-19.....56

Ахмедов И.И., Камалова Ф.Р. Эффективность лечения больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно – лицевой области.....63

Content

ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY, HISTORY AND EXPERIMENTAL SECTION

Daminova Sh.B. History of Children's Therapeutics Dentistry Departments of Tashkent State Institute of Dentistry.....5

Azimov A.M., Sodikova X.Q. History of the department of surgical dentistry and dental implantology.....15

Karimova N.Yu., Sharipova G.I. Description of the material and methods of studying herpetic stomatitis in children with congenital cytomegalovirus disease.....25

Khikmatulalev R.Z. Dynamics of the neuron-specific enolase content in the blood of rats after modeling spinal cord injury.....29

Gaffarov S.A., Astanov O.M. Results and their analysis of retrospective data on the medical history of patients with mental disorders.....34

THERAPEUTIC DENTISTRY

Fazilova U.K., Xabibova N.N. Dental status and oral hygiene indicators in patients with type II diabetes.....39

Navruzova N.U., Xabibova N.N. Features of the course of chronic recurrent aphthous stomatitis in women of fertile age.....43

Abdullayev Sh. R., Khamrayev M.Sh. Rationale of complex treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis in chronic kidney diseases.....47

SURGICAL DENTISTRY

Abdullaev Sh.Yu., Babokhuzhaev A.S. Methods for predicting complications with damage to distantly located organs and systems in patients with odontogenic inflammatory diseases.....51

Khasanov A.I., Atavullaev M.Zh., Baykhodzhaeva E.B. Diagnosis of osteomyelitis of the upper jaw in patients who have had Covid-19.....56

Axmedov I.I., Kamalova F.R. Effectiveness of treatment of patients with odontogenic inflammatory diseases of the maxillofacial region.....63

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ



Азимов М.И., Назарова Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

По данным Всемирной организации здравоохранения, травматические повреждения челюстно-лицевой области (ЧЛО) у детей являются одним из сложных и распространенных заболеваний, которое занимают одно из первых мест в структуре травматизма. Повреждения челюстно-лицевой области у детей сопряжены со многими факторами и составляет, по данным ряда авторов, до 80%.

За последнее десятилетие высокий уровень травматизма у детей обуславливается в основном травмами челюстно-лицевой области, которые занимают третье место после травм верхних и нижних конечностей. Сегодня для диагностики переломов лицевой кости используются различные методы рентгенографии. Сложность обследования детей с повреждениями челюстно-лицевой области обусловлена возрастными особенностями организма и психологии детей.

Возрастные анатомо-физиологические изменения, а именно увеличение лицевого отдела черепа в сравнении с мозговым отделом, уменьшение объема подкожно-жировой клетчатки, снижение эластичности костной ткани организма увеличивают риск возникновения переломов челюстно-лицевой области. Из-за особенностей строения челюстно-лицевой области вследствие

большого объема клетчатки, обильной трофики кровеносными сосудами, травмы данной области у детей сопровождаются обширными, быстро нарастающими отеком, гематомами мягких тканей.

К переломам челюстно-лицевой области, возникающим в основном за счет дорожно-транспортных происшествий, можно отнести переломы нижней челюсти, скуловерхнечелюстного комплекса, дна глазницы, носовой кости или комбинации любых из этих костных образований, которые вызывают у врача и пациента затруднение диагностики, лечения и реабилитации. По данным зарубежных авторов, 39% переломов челюстно-лицевой области составляет перелом самой выступающей кости ЧЛО – носовой кости [13].

Риск возникновения аномалий после травм ЧЛО обусловлен наличием множества зубов и их зачатков в полости рта, а также зон роста челюстей. «...В последние годы в связи с ростом дорожно-транспортных происшествий увеличилось количество тяжелых повреждений с одновременной травмой различных органов и систем, сопровождающихся грубыми нарушениям жизненно важных функций, трудно управляемыми, а порой необратимыми общими реакциями организма» [19].

К сожалению, только малая часть авторов

исследует диагностику и тактику лечения сочетанной черепно-мозговой травмы у детей. Переломы нижней челюсти у детей встречаются реже, чем у взрослых, что объясняется анатомическими различиями и этиологическими факторами [5,6,21].

Однако с возрастом ребенка частота переломов нижней челюсти увеличивается. Гасснер и соавт. сообщили, что риск перелома лицевой кости у растущего ребенка каждый год увеличивается на 14%. Высокий риск связан с изменением поведения, которое становится более активным, и увеличением соотношения объема лица и черепа [22].

По некоторым данным, соотношение мальчиков и девочек с переломами лицевых костей составляет 2:1. Характер и этиология переломов зависят от возраста и пола пациента [15-17]. Большинство переломов нижней челюсти регистрируются у мальчиков. Кроме того, пациенты мужского пола, пострадавшие от переломов нижней челюсти, были значительно старше, чем пациенты женского пола. Эти результаты согласуются с предыдущими исследованиями детской травмы лица, которые показали, что от переломов в основном страдают мальчики старше 12 лет. Это исследование определило повседневную деятельность, нападения и дорожно-транспортные происшествия как наиболее частые механизмы травм при детских переломах нижней челюсти [7,18,23].

Подавляющее большинство детей и подростков, пострадавших от переломов нижней челюсти, сообщили о неправильном прикусе и боли при сдвигании нижнечелюстного сустава. Предыдущие исследования, проведенные E. Hofmann и S. Koerdт [14], показали высокую диагностическую точность ограничения открывания рта, кровотечения из слухового прохода, результатов, связанных с внутривитальной оценкой, пальпируемого ступенчатого отрыва, парестезии нижнего альвеолярного нерва, теста угловой компрессии и теста осевого давления подбородка при переломах нижней челюсти.

2 пациентов обратились с гипестезией или анестезией нижнего альвеолярного нерва. Если после сбора анамнеза, изучения механизма травмы и проведения клинического обследования возникло подозрение на перелом, то традиционная рентгенологическая визуализация с использованием двухмерного панорамного изображения считалась достаточной у большинства детей. Однако переломы в определенных анатомических областях, таких как головка и шейка мыщелка, венечные отростки, симфиз и парасимфиз (эффекты размытия), с помощью панорамной рентгенографии обнаружить сложнее. Кроме того, неполные модели переломов, которые могут быть результатом эластичной костной структуры ребенка, не могут быть установлены с помощью панорамной рентгенографии. В неопределенных случаях или при подозрении на перелом шейки или головки мыщелка в дополнение к панорамному изображению выполнялась конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) или КТ с низкой дозой. Трехмерная визуализация с использованием КТ или КЛКТ изначально выбиралась при политравматических моделях травм и у пациентов без сознания [1-4,14].

На сегодняшний день для диагностики переломов лицевой кости используются различные методы рентгенографии.

В прошлом десятилетии рентгенография была стандартом диагностики переломов ЧЛЮ. Она имеет много недостатков, таких как отсутствие возможности визуализации сложных переломов лицевых костей, искажение изображения и недоступность визуализации в реальном времени [12,26].

Сложность обследования детей с повреждениями челюстно-лицевой области обусловлена возрастными особенностями организма и психологии детей. Для проведения обследования возникает необходимость общего обезболивания. Это ставит вопрос о необходимости “ультразвуковой эхографии” (УЗИ) и “компьютерной томографии” (КТ).

КТ является важным инструментом в диагностике и визуализации челюстно-лицевых

переломов. Она позволяет диагностировать несмещенные переломы, которые упускаются из виду при обычной рентгенографии. Однако известно, что КТ имеет несколько недостатков, таких как высокая лучевая нагрузка, рутинная недоступность, высокая стоимость, искажения из-за артефактов и невозможность обеспечить визуализацию в реальном времени. УЗИ является безопасным, простым и легкодоступным методом визуализации мягких тканей. Об использовании УЗИ при переломах черепа, ключицы, стопы и лодыжки, ребер, лицевых костей, таких как скуловая дуга, глазница, носовая кость, нижняя челюсть, было сообщено ранее. Многие преимущества, такие как легкая доступность, отсутствие ионизирующего излучения, визуализация в реальном времени и низкая стоимость сделали его более безопасным и надежным методом диагностики переломов челюстно-лицевой области [24].

Таким образом, целью нашего обзора была оценка объединенной чувствительности и специфичности УЗИ при переломах челюстно-лицевой области.

Датчики с более высокой частотой позволяют оценивать поверхностные характеристики, поскольку они имеют минимальную глубину проникновения. Датчики с более низкой частотой позволяют проникать глубже, снижая качество изображения более чем на 6 см. Однако в челюстно-лицевой области более глубокая визуализация может не потребоваться при УЗИ. Большинство исследователей использовали визуализацию перелома в реальном времени. УЗИ в момент травмы не было широко представлено среди исследований [9].

Большинство исследований оценивали переломы в областях глазницы и носовой кости. Переломы носовой кости показали высокие значения чувствительности и специфичности, за которыми следовали орбитальные переломы. Это поддерживает использование УЗИ в качестве диагностического инструмента для переломов глазницы и носовой кости.

Для подтверждения диагностической

обоснованности УЗИ требуются качественные исследования в других челюстно-лицевых областях. Недавние исследования оценили влияние времени проведения УЗИ с момента травмы, времени, необходимого для полного стандартизированного УЗИ, боли или дискомфорта из-за применения датчика на ссадинах или ранах [11].

Данное исследование показало многие преимущества УЗИ, которые включают доступность даже в условиях ограниченных ресурсов, портативность, минимальное соблюдение пациентом режима и позиционирования, визуализация в реальном времени и минимальное излучение [20].

Однако существуют определенные ограничения, отмеченные в более ранних исследованиях, такие как невозможность дифференцировать сложные переломы, идентификация интракапсулярного перелома мышечка, невывихнутых переломов, плохая визуализация нижней стенки глазницы. Клиницистам необходимо учитывать вышеуказанные ограничения и адаптироваться к передовым методам визуализации в соответствии с проявлениями травм [8,10,25].

Заключение

Своевременная диагностика различных по характеру повреждений челюстно-лицевой области у детей являются одной из актуальных, социально значимых проблем. Анатомо-физиологические особенности строения челюстных и лицевых костей создают определенные сложности в диагностике их повреждении. Вместе с тем ряд высокотехнологичных методов медицинских визуализаций сопряжены, прежде всего, со значительной лучевой нагрузкой. В этих случаях высокоинформативна магнитно-резонансная томография (МРТ). Однако, как и МСКТ, МРТ недоступна в амбулаторно-поликлинической практике. В связи с этим использование УЗИ в клинической медицине в целом и в педиатрической практике, в частности, является приоритетным и в настоящее время считается, что оно должно быть использовано в первую очередь для

диагностики травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей.

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что, несмотря на широкое применение современных методов УЗИ в медицинской практике, эффективность этого перспективного метода при травмах у детей изучены не достаточно. Единичные сообщения в этом направлении все еще не позволяют определить характер травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей.

Литература

1. Икрамов А.И., Кариева З.С. Компьютерно-томографическая семиотика травматического повреждения вещества головного мозга // Журн. теорет. и клин. мед. – 2010. – №7. – С. 77-82.
2. Икрамов А.И., Кариева З.С. Лучевая диагностика травматического повреждения органа зрения // Український нейрохірургічний журн. – 2010. – №2. – С. 67-70.
3. Икрамов А.И., Кариева З.С. Применение мультислайсной компьютерной томографии в диагностике краниофациальной травмы // Врач-аспирант. – 2010. – Вып. 2.1 (39). – С. 167-170.
4. Икрамов А.И., Кариева З.С., Пастухова Е.С. Лучевая диагностика повреждения орбиты при краниофациальной травме // Мед. визуализация. – 2011. – №1. – С. 51-55.
5. Пулатова Ш.К., Рахимов З.К. Оценка показателей местных факторов защиты полости рта у пациентов с переломами нижней челюсти // Актуальные проблемы в стоматологии: Материалы науч.-практ. конф. – Фергана, 2021. – С. 91-92.
6. Пулатова Ш.К., Рахимов З.К., Камбаров Ш.А., Хамитова Ф.А. Комплексное патогенетическое лечение больных с разлитыми флегмонами челюстно-лицевой области // Новый день в медицине. – 2019. – №2 (26). – С. 121-125.
7. Хамитов Ф.А. Особенности процесса заживления гнойной раны челюстно-лицевой области при использовании аутоотромбоцитарной массы у больных сахарным диабетом // Acad. Res. Educ. Sci. – 2020.
8. Al Shetawi A.H., Lim C.A., Singh Y.K. et al. Pediatric Maxillofacial Trauma: A Review of 156 Patients // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2016. – Vol. 74, №7. – P. 1420.e1-1424.e1.
9. Boyette J.R. Facial fractures in children // Otolaryngol. Clin. North Amer. – 2014. – Vol. 47, №5. – P. 747-761.
10. Buitrago-Téllez C.H., Cornelius C.P., Prein J. et al. The comprehensive AOCMF classification system: radiological issues and systematic approach // Craniomaxillofac. Trauma Reconstr. – 2014. – Vol. 7 (Suppl 1). – P. S123-S130.
11. Cleveland C.N., Kelly A., DeGiovanni J. et al. Maxillofacial trauma in children: association between age and mandibular fracture site // Amer. J. Otolaryngol. – 2021. – Vol. 42, №2. – P. 102874.
12. Doğan M., Doğan D.Ö., Düger C. et al. Effects of high-frequency bio-oxidative ozone therapy in temporomandibular disorder-related pain // Med. Princ. Pract. – 2014. – Vol. 23. – P. 507-510.
13. Gadicherla S., Pentapati K.-Ch., Rustaqi N. et al. Diagnostic accuracy of ultrasonography for the assessment of maxillafacial fractures: A meta-analysis // J. Int. Soc. Prevent. Com. Dentistry. – 2021. – Vol.11, Issue 5. – P. 503-509.
14. Hofmann E., Koerdt S., Heiland M. Pediatric maxillofacial trauma: insights into diagnosis and treatment of mandibular fractures in pediatric patients // Int. J. Clin. Pediatr. Dentistry // 2023. – Vol.16, Issue 3. – P. 500-509.
15. Kambarova S.A. Effect of Surgical Manipulation in Morphometric Growth of Maxillofacial Area at Children with Congenital Lip and Palate Splits At I and Ii Period of Childhood // Ann. Roman. Soc. Cell Biol. – 2021. – Vol. 25, Issue 4. – P. 1853-1858.
16. Kambarova S.A. Effect of surgical manipulation to morphometric development of face and jaw in patients with congenital lip and palate splits // Новый день в медицине. – 2021. – №2. – P. 128 130.

17. Kambarova S.A. Identification of the morphometric parameters of the craniofacial region of children with congenital cleft and palate reflections using a developed research map // *Central Asian J. Med.* – 2021. – Vol. 2, Issue 3. – P. 286.

18. Makhmudov J.K., Pulotova Sh.K. Etiopatogenesis and treatment of maxillofacial inflammatory processes using penicillin group antibiotics // *Europ. J. Mol. Clin. Med.* – 2020. – Vol. 7. – P. 3860-3866.

19. Oldoini G., Frabattista G.R., Saragoni M. et al. Ozone Therapy for Oral Palatal Ulcer in a Leukaemic Patient // *Europ. J. Case Rep. Intern. Med.* © EFIM 2020. Doi: 10.12890/2020_001406

20. Owusu J.A., Bellile E., Moyer J.S. et al. Patterns of pediatric mandible fractures in the United States // *J.A.M.A. Facial Plast. Surg.* – 2016. – Vol. 18, №1. – P. 37-41.

21. Pulatova Sh.K., Kambarova Sh.A. Comparative estimation of the remote result of operative treatment of patients with common phlegmons of maxillofacial area // *Новый день в медицине.* – 2016.

22. Pulatova Sh.K., Rakhimov Z.K. Estimation of clinical course in complex treatment of lower jaw fractures in patients with immuno correction // *Wld J. Pharmac. Res.* – 2020. – Vol. 9, Issue 9. – P. 93-104.

23. Pulatova Sh.K., Yusupov Sh.A. Enhancement treatments of methods of radicular cysts of jaw // *Int. Sci. J.* – 2020. – Vol. 85. – P. 337-340.

24. Rogan D.T., Ahmed A. Pediatric facial fractures. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2021 [updated 2021 Jul 31]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33085403>.

25. Rozema R., Doff M.H.J., El Moumni M. et al. Diagnostic accuracy of physical examination findings for midfacial and mandibular fractures // *Injury.* – 2021. – Vol. 52, №9. – P. 2616-2624. DOI: 10.1016/j.injury.2021.05.037

26. Tymour F., Boffano P. Etiology and Changing Patterns of Maxillofacial Trauma // *Maxillofacial Surgery.* – Third Ed. – 2017.

Аннотация. Анатомо-физиологические особенности строения челюстных и лицевых костей создают определенные сложности в диагностике их повреждений. Анализ данных литературы свидетельствует о том, что, несмотря на широкое применение современных методов УЗИ в медицинской практике, эффективность этого перспективного метода при травмах у детей изучены не достаточно. Единичные сообщения в этом направлении все еще не позволяют определить характер травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей.

Ключевые слова: дети, челюстно-лицевая область, методы диагностики.

Annotatsiyasi. Jag' va yuz suyaklari tuzilishining anatomik va fiziologik xususiyatlari ularning shikastlanishiga tashxis qo'yishda ma'lum qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Adabiyot ma'lumotlarining tahlili shuni ko'rsatadiki, zamonaviy ultratovush usullari tibbiy amaliyotda keng qo'llanilishiga qaramay, bolalardagi shikastlanishlar uchun ushbu istiqbolli usulning samaradorligi etarli darajada o'rganilmagan. Ushbu yo'nalishdagi yagona xabarlar hali ham bolalarda jag'-fasial sohadagi travmatik shikastlanishlar xususiyatini aniqlashga imkon bermaydi.

Kalit so'zlar: bolalar, jag'-fasial mintaq, diagnostika usullari.

Summary. Anatomical and physiological features of the structure of the jaw and facial bones create certain difficulties in diagnosing their damage. Analysis of literature data indicates that, despite the widespread use of modern ultrasound methods in medical practice, the effectiveness of this promising method for injuries in children has not been sufficiently studied. Isolated reports in this area still do not allow us to determine the nature of traumatic injuries of the maxillofacial region in children.

Key words: children, maxillofacial region, diagnostic methods.