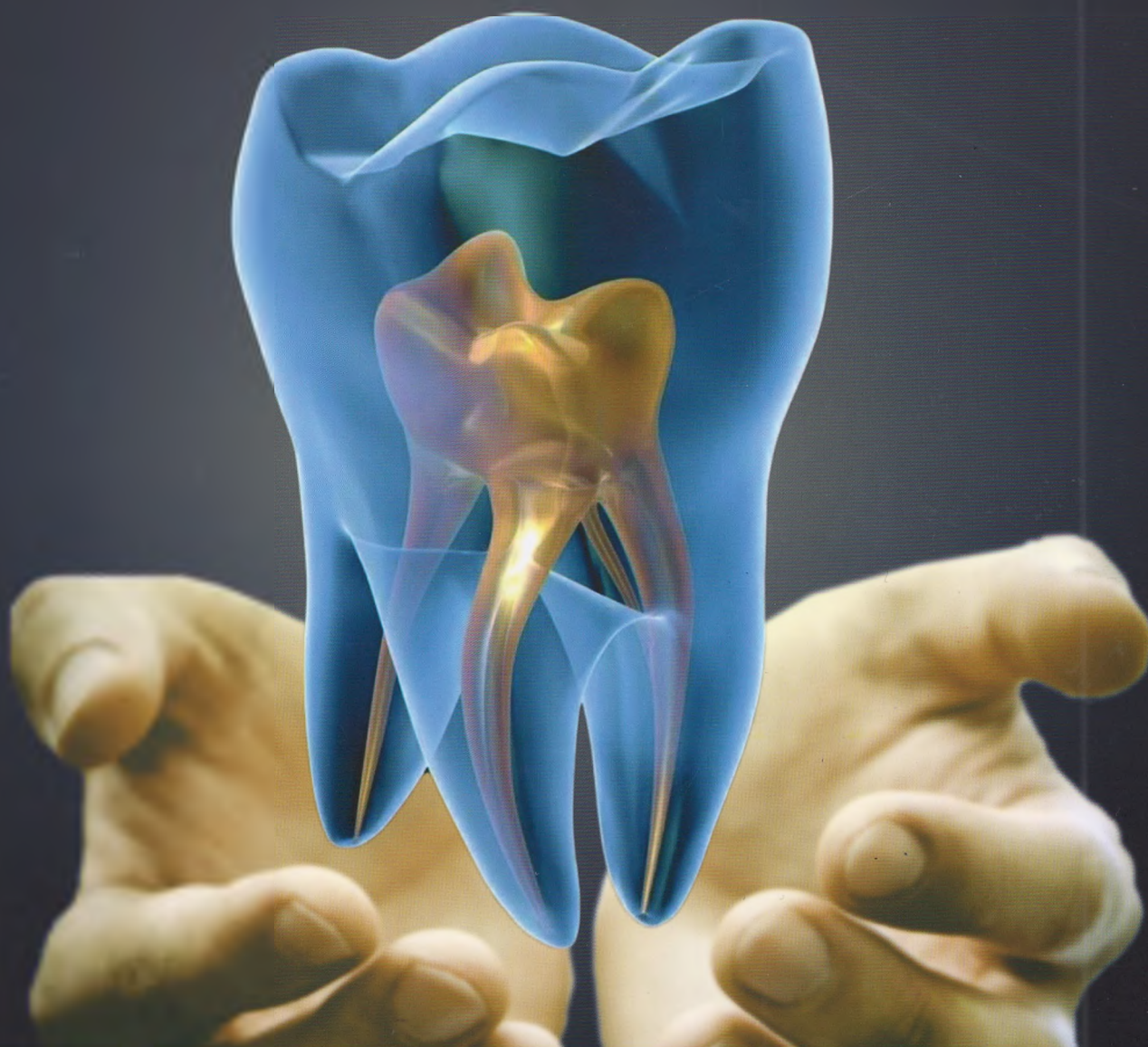


STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2091-5845

№4 (85) 2021



26

Лечение реактивно-дистрофических заболеваний слюнных желез

33

Пастки жағ суяғи синишида комплекс даволаш тадбирларини такомиллаштириш

71

Влияние формы и положения языка на состояние зубочелюстной системы у детей

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

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

STOMATOLOGIYA

№ 4, 2021 (85)

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.

Верстка: Г.Назирова
Дизайн, компьютерный набор:
Е.Алексеев
Редактор: О.А.Козлова
Цена журнала договорная.

Публикация рекламы на коммерческой основе.

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

Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются.

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

Оригинал-макет подготовлен в
издательстве «Zamin Nashr»
Отпечатано в типографии «Rustam Print»
г.Ташкент, ул.Богишамол 160
Тел.: +998 71 235 44 82/86

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.
Фулямов 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.

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
№ 4, 2021 (85)**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 ҳайъатининг зиммасидадир.

Бош муҳаррир: т.ф.д., проф. Нигматов Р.Н.
Масъул котиб: т.ф.н. Усмонов Ф.К.

ТАХРИРИЯТ ХАЙЪАТИ

Ando Masatoshi – АҚШ
Baek il Kim – Жанубий Корея
Daisuke Inaba – Япония
Elbert de Josselin de long – Голландия
Jin Young Choi – Жанубий Корея
Peter Botenberg – Бельгия
Абдуллаев Ш.Ю., т.ф.д, проф.
Азимов М.И., т.ф.д., проф.
Акбаров А.Н., т.ф.д., проф.
Алиева Р.К. (Озарбайжон), т.ф.д., проф.
Алимов А.С., т.ф.д., проф.
Амануллаев Р.А., т.ф.д., проф.
Бекжанова О.Е., т.ф.д., проф.
Гасюк П.А. (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.
Токарев 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

№ 4, 2021 (85)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Решением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Кабинете Министров Республики Узбекистан журнал «Stomatologiya» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Республике Узбекистан, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора наук (*Утверждено Постановлением Президиума ВАК РУз. № 201/3 от 30 декабря 2013 года*).

АДРЕС РЕДАКЦИИ:

100048, Республика Узбекистан,
г. Ташкент, ул. Махтумкули, 103
тел.: +99871-236-26-75;
факс: +99871-230-47-58
Адрес в Интернете:
stomjurnal.tibbiyot.com.

Оригинал-макет изготовлен в «Янги аспр авлоди».

Верстка: Г.Назирова
Дизайн, компьютерный набор:
Е.Алексеев
Редактор: О.А.Козлова
Цена журнала договорная.

Публикация рекламы на коммерческой основе.

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

Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются.

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

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СТОМАТОЛОГЛАР
АССОЦИАЦИЯСИНИНГ ҮШ СЪЕЗДИГА БАҒИШЛАНГАН
*МАҲСУС СОН***

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК
**ПОСВЯЩЕННЫЙ ҮШ СЪЕЗДУ АССОЦИАЦИИ
СТОМАТОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

ТАШКИЛОТЧИЛАР:

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҶЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СТОМАТОЛОГЛАР
АССОЦИАЦИЯСИ
ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

ОРГАНИЗАТОРЫ:

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
АССОЦИАЦИЯ СТОМАТОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

Содержание

ГИГИЕНА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ,
ОРГАНИЗАЦИЯ, ИСТОРИЯ И
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

Хасанов А.И. Ўзбекистон стоматологлар ассоциациясининг 2016-2021 йилларидаги асосий иш фаолиятининг яқунлари ва истиқбол режалари.....6

Нигматов Р.Н. «Stomatologiya» - илмий-амалий журнал ҳолати ва келгуси режалари.....13

Глинкин В.В. Состояние цемента при резорбции апикальной области зубов с деструктивными формами периодонтитов в стадии обострения.....16

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Гаффоров С.А., Назаров У.К., Хен Д.Н., Раджабов Н.М. Роль генетических факторов в диагностике хронического генерализованного пародонтита.....21

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Иноятлов А.Ш., Жумаев Л.Р., Хамраев С.Ж. Лечение реактивно-дистрофических заболеваний слюнных желез.....26

Хасанов А.И., Хакимов А.А. Пастки жағ суяғи синишида комплекс даволаш тадбирларини такомиллаштириш.....33

Боймуратов Ш.А., Каримбердиев Б.И. Юз суяқларининг қўшма жароҳатларида бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатларини эрта таххислаш 39

Хасанова Л.Р. Лучевая диагностика при дентальной имплантации.....42

Махмудбеков Б.О., Умаров О.М., Исмоилов М.М. Совершенствование оказания догоспитальной медицинской помощи больным с сочетанной черепно-челюстной травмой в Ферганской области.....46

Абдуллаев Ш.Ю., Каршиев Х.К., Нормуминов Ф.П., Каршиев Ш.Ч., Курбонов Ё.Х. Анализ смертности больных с постковидными гнойно-воспалительными осложнениями челюстно-лицевой области.....50

Усманова Д.Р., Мукимов О.А., Мукимова Х.О., Жалолов Р.А. Повышение эффективности дентальной имплантации верхней челюсти с помощью метода “root membrane”.....53

Content

HYGIENE, EPIDEMIOLOGY,
ORGANIZATION, HISTORY AND
EXPERIMENTAL SECTION

Khasanov A.I. The main results of the activities of the Dental Association of Uzbekistan for 2016-2021 and a long-term plan for its development.....6

Nigmatov R.N. Status and long-term plans of the scientific and practical journal "Stomatology" 13

Glinkin V.V. The state of cement during resorption of the apical region of teeth with destructive forms of periodontitis in the acute stage.....16

THERAPEUTIC DENTISTRY

Gafforov S.A., Nazarov U.K., Khen D.N., Radjabov N.M. The role of genetic factors in the diagnosis of chronic generalized periodontitis.....21

SURGICAL DENTISTRY

Inoyatov A. Sh., Jumaev L. R., Hamraev S.J. Treatment of reactive-dystrophic diseases of the salivary glands.....26

Khasanov A.I., Khakimov A.A. Improving the complex treatment of mandibular fractures.....33

Boymuradov Sh.A., Karimberdiev B.I. Early diagnostics of injuries of the paranasal sinuses in combined injuries of the bones of the facial skeleton.....39

Khasanova L.R. Radiation diagnostics in dental implantation.....42

Makhmudbekov B.O., Umarov O.M., Ismoilov M.M. Improvement of the provision of prehospital medical care to patients with combined cranio-maxillo injury in the Fergana region.....46

Abdullaev Sh.Yu., Karshiev H.K., Normuminov F.P., Karshiev Sh.Ch., Kurbonov Y.Kh. Analysis of mortality in patients with post-COVID purulent-inflammatory complications of the maxillofacial are.....50

Usmanova D.R., Mukimov O.A., Muqimova X.O., Jalolov R.A. Study of dental implantation using the "root membrane" method in the upper jaw to improve the efficiency of preserving the dental-alveolar segment.....53

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Ирсалиев Х.И., Ирсалиева Ф.Х., Ражабов О.А. Иммунологический барьер полости рта при дефектах зубных рядов и после протезирования металлокерамическими протезами.....57

Ахмедов М.Р., Ризаева С.М., Ахмедова Х.Ю. Тип имплантации сининг ортопедик тикланишидан кейинги дастлабки ва узок муддатларда оғиз бўшлиғи флорасининг микробиологик ўрганишлар.....63

Нигматова Н.Р., Акбаров А.Н. Клиническая оценка эффективности новой конструкции диоксид циркониевых индивидуальных штифтов.....66

ОРТОДОНТИЯ

Нигматова И.М., Нигматов Р.Н. Влияние формы и положения языка на состояние зубочелюстной системы у детей.....71

Расулова Ш.Р. Оптимизация расчета телерентгенограмм при диагностике дистального прикуса с учетом компонента вертикального роста челюстей.....73

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Муртазаев С.С., Сайдалиев М., Муртазаев С.С. Бошланғич мактаб ёшидаги болаларнинг стоматологик статуси 78

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Алимова Д.М., Фозилова Л.Г. Parodont kasalliklari etiopatogenezining zamonaviy jihatlari.....83

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Боймуродов Ш.А., Рустамова Д.А., Бобамуратова Д.Т., Курбанов Ё.Х., Умаров Р.З. COVID-19 ўтказган беморларда каверноз синус тромбози клиник кечиши ва оқибатлари.....88

ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Жуманов Д.А., Бакиева Ш.Х., Жаббаров Н.Н. Касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда бурун ва ёндош бўшлиқлари касалликларини эрта ташхислаш.....95

Абдуллаев Н. Ч., Абдуллаева М.Н. Клинико-иммунологическая характеристика специфических аллергенов у детей при бронхиальной астме в сочетании с аллергическим ринитом. 98

ORTHOPEDIC DENTISTRY

Irsaliev H.I., Irsalieva F.H., Rajabov O.A. Results of immunological studies in a group of patients with metal-ceramic prosthetics before and after.....57

Akhmedov M.R., Rizaeva S.M., Akhmedova Kh.Yu. Microbiological changes in the microflora of the oral cavity before and after restoration of the dentition using dental implants.....63

Nigmatova N.R., Akbarov A.N. Clinical evaluation of the effectiveness of a new design of zirconia individual pins.....66

ORTHODONTICS

Nigmatova I.M., Nigmatov R.N. Influence of the shape and position of the tongue on the state of the dental system in children.....71

Rasulova Sh.R. Optimization of the calculation of teleroentgenograms in the diagnosis of distal occlusion, taking into account the component of the vertical growth of the jaws.....73

PEDIATRIC DENTISTRY

Murtazaev S.S., Saidaliev M., Murtazaev S.S. Dental status of the oral cavity in primary school children.....78

REVIEWS

Alimova D.M., Fozilova L.G. Modern views on the etiopathogenesis of periodontal disease.....83

AID FOR PRACTICING DOCTORS

Boymurodov Sh.A., Rustamova D.A., Bobamuratova D.T., Kurbanov Y.Kh., Umarov R.Z. Clinical course and consequences of cavernous sinus thrombosis in post-COVID-19 patients.....88

THE PROBLEMS OF RELATED SPECIALITIES

Zhumanov D.A., Bakieva Sh.Kh., Zhabbarov N.N. Early diagnosis of diseases of the nose and paranasal sinuses in patients with community-acquired pneumonia.....95

Abdullaev N. Ch., Abdullaeva M.N. Clinical and immunological characteristics of specific allergens in children with bronchial asthma in combination with allergic rhinitis.....98

**ЎЗБЕКИСТОН СТОМАТОЛОГЛАР АССОЦИАЦИЯСИНING 2016-2021
ЙИЛЛАРИДАГИ АСОСИЙ ИШ ФАОЛИЯТИНИНГ ЯКУНЛАРИ ВА
ИСТИҚБОЛ РЕЖАЛАРИ****Хасанов А.И.***Ўзбекистон стоматологлар ассоциацияси президенти***Ўзбекистон стоматологлар ассоциациясининг 2016-2021 йилларидаги асосий иш
фаолиятининг яқунлари ва истиқбол режалари Хасанов А.И.***Ўзбекистон стоматологлар ассоциацияси президенти*

Ўзбекистон стоматологлар ассоциацияси-стоматология касби билан боғлиқ бўлган давлат, нодавлат ва хусусий корхона ва ташкилотларнинг ҳамда Ўзбекистон Республикасида стоматология соҳасида илмий фаолиятни ривожлантиришдан манфаатдор бўлган юридик ва жисмоний шахсларнинг кўнгилли бирлашмасидир. Ассоциация ўз фаолиятини Ўзбекистон Республикаси «Жамоат бирлашмаси тўғрисида»ги ҳамда «Нодавлат нотижорат ташкилотлари тўғрисида»ги Қонунлар асосида олиб боради.

Ассоциациянинг асосий тамойиллари: ўз-ўзини бошқариш, ҳуқуқийлик, эркинлик, ошқоралик, аъзоларининг тенг ҳуқуқлилигидир. Ассоциация ўз фаолияти давомида олдиға фойда олишни мақсад қилиб қўймайди, балки ҳар хил манбалардан келадиган даромадлар ассоциация низомида ги мақсад ва вазифаларини амалға ошириш учун ишлатади.

2016 йил давомида Ўзбекистон Республикаси ҳудудларида ассоциация филиаллари жонлантириди. Ҳудудлардаги стоматология хизматини ташкиллаштириш, профилактика ва даволаш тадбирлари ҳолати, кадрлар масаласи, стоматология таъминоти, хусусий стоматология муаммолари, шошилинч стоматологик ва юз-жағ жаррохлиги ёрдами Қорақалпоқистон Республикасида ва вилоятлар кесимида ўрганилди.

2017 йили бошида Тошкент Давлат стоматология институти, Қорақалпоқистон Соғлиқни сақлаш вазирлиги, вилоятлар соғлиқни сақлаш бош бошқармалари ва Ўзбекистон стоматологлар ассоциацияси орасида ўзаро ҳамкорлик шартномаси тузилди. Шартнома асосида ҳамкорликда стоматология соҳасини

ҳудудларда ривожлантириш, тиббий ёрдамни такомиллаштиришда анжуманлар, семинарлар, мастер-класслар ҳамда маҳорат юз-жағ жаррохлиги амалий ёрдамлари ўтказиш асосий иш режалар қилиб олинди.

2017-21 йиллари Қорақалпоқистон Республикасида ва вилоятлар марказида 30 та семинарлар ўтказилди. Семинарларни ассоциация томонидан ташкил этилиб, амаллийётдаги стоматолог шифокорларининг малакасини ошириш учун ТДСИнинг етук профессорлари (О.Е. Бекжанова, А.И. Хасанов, Ш.Т. Шокиров, М.И. Азимов, С.М. Муртазоев ва бошқалар) томонидан маърузалар, мастер-класслар ўтказилди. Ҳудудларда юз-жағ жаррохлиги бўйича юз-жағ жаррохлари учун маҳорат операциялари ўтказилиб келинди.

Ассоциация 2016-21 йиллари Қорақалпоқистон Соғлиқни сақлаш вазирлиги, вилоятлар соғлиқни сақлаш бош бошқармалари ва тиббиёт олий таълим муассасалари стоматологлари билан ўзаро ҳамкорликда:

2016 йил 4 мартда Бухоро шаҳрида “Стоматологик касалликларни профилактикаси ва даволашда долзарб муаммолар” мавзусида;

2016 йил 9 июлда Андижон шаҳрида “Стоматологиянинг долзарб муаммолари” мавзусида;

2017 йили 11 мартда Наманган шаҳрида “Стоматологиянинг долзарб муаммолари” мавзусига;

2017 йили 17-18 ноябрь Самарқанд шаҳрида “Стоматология касалликларини ташхислаш ва даволаш” мавзусига;

2018 йили 30 мартда Нукус шаҳрида

ГИГИЕНА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ, ИСТОРИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

“Стоматология касалликларини инновацион даволаш тадбирлари” мавзусига;

2018 йили 20 декабрда Тошкент шаҳрида “Юз-жағ жаррохлигини долзарб муаммолари”



2021 йили 9-10 апрелда Фарғона шаҳрида “Стоматология ва юз-жағ жаррохлигини долзарб муаммолари” мавзусига бағишланган стоматологлар Республика миқёсидаги халқаро стоматологлар иштирокидаги илмий-амалий анжуманлар ўтказилди. Ҳар бир анжуманларда 250 тадан 400 тагача врач-стоматологлар қатнашди. Бу анжуманларда стоматология хизматини ташкиллаштириш, таъминот,

мавзусига;

2019 йили 29-30 мартда Бухоро шаҳрида “Стоматорлогиянинг долзарб муаммолари” мавзусига;



кадрлар салоҳияти, даволаш тадбирлари, соҳани риволантиришга қаратилган масаллар, ҳамда янги технологиянинг стоматология соҳасига олиб кирилиши, стоматологик касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олишда янги услуб, янги технологиялардан фойдаланиш йўллари етук олимлар томонидан маърузаларида кенг ёритилиб, мастер классларда кўриб чиқилди.



Бухоро, 2016 йил Ўзбекистон стоматологлари анжумани.



2018 Нукус шаҳридаги Ўзбекистон стоматологлар анжумани



Наманган 2017 йили стоматолглар анжумани.

Тошкент Давлат стоматология институти билан ҳамкорлигида 2017-21 йиллари Тошкент шаҳрида “Стоматология ва юз-жағ жаррохларини долзарб муаммолари” мавзусига бағишланган Ўзбекистон стоматологлари халқаро конгресслари ўтказилди. Жаҳондаги стоматологиядаги инновацион янги технологиялар, стоматология соҳасидаги муаммолар, илмий-амалий янгиликлар, турли хил янги асбоб-ашёлар, стоматологик материаллар бўйича Тошкент халқаро конгрессларида маърузалар, семинарлар, сатиллит йиғилишлар,

мастер-классларни ўтказилди ва уларнинг натижалари, кундалик муаммолар ва бошқалар ҳақида қарорлар қабул қилинди. Ҳисобот даврида ташкил этилган илмий-амалий анжуманлар ва конгрессларда Ўзбекистон олимларидан ташқари қўшни Қозғистон, Тожикистон, Қирғизистон, Россия, Украина, Белоруссия, Грузия, Арманистон, Озарбайжон, Литва, Бельгия, Испания, Жанубий Корея, Исроил, Германия, Швейцария ва Америка Қушма Штатлари олимлари ҳам иштирок этдилар.



2018 йили Тошкент, Ўзбекистон стоматологлари халқаро конгресси.



2019 Тошкент, Ўзбекистон стоматологлари халқаро конгресси.

2017 йили “Колгейт – Пальмолив” компанияси билан Ўзбекистон стоматологлар ассоциацияси ўртасида ҳамкорлик шартномаси тузилди. Президентимиз Ш.М. Мирзиёевнинг Соғлиқни сақлаш тизимига бағишланган селектор йиғилишларида касалликларни профилактикаси ҳалқимиз саломатлигини устивор йўналишларидан

бири эканлигини таъкидлаб берганлар. 2017-2020 йиллари “Колгейт – Пальмолив” компанияси ҳамкорлигида “Бир умрга ёрқин табассум” дастури бўйича Тошкент Давлат стоматология институтининг ёрдами билан Республика 1000дан зиёд ўрта мактабларида болаларда оғиз бўшлигини тўғри парвариш қилиш, тиш ювиш,

рационал овқатланиш қоидалари Тошкент давлат стоматология институти “Болалар терапевтик стоматология” магистратура талабалари, клиник-ординатрлари ва бакалаврият талабалари томонидан стоматологик кўргазмали ашёлар,

махсус мультфильмдан фойдаланиб, 40 дақиқалик гигиена дарслари олиб борилиб, тегишли даражада кўникма ҳосил қилишга қаратилган тадбирлар ўтказилди.



Тошкент шаҳри 110 мактабда “Бир умрга ёрқин таббасум” тадбирини ўтказиш жарраёни.

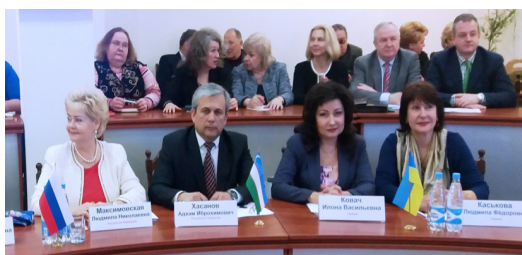
“Маҳалла - Колгейт” дастури бўйича 2019-20 йиллари Тошкент ва Фарғона вилоятларида “Оғиз бўшлиғи гигиенаси ва тиш касалликлари профилактикаси” мавзуси бўйича замонавий интерактив усуллардан фойдаланган ҳолда ёш шифокор-стоматологлар ва институт талабалари томонидан машғулотлар ўтказилди. Бу тадбирлар Ватанимиз келажак авлоднинг саломатлик йўлида ва етишиб чиқаётган шифокорларни шакллантиришда катта аҳамиятга эгадир.

2016-21 йиллари ассоциация ташқи алоқалар бўйича бир қанча ишларни амалга оширди. Жумладан, 2017 йил Ўзбекистон стоматологлар Ассоциацияси Испаниянинг Мадрид шаҳрида “Бутун жаҳон стоматологларини конгрессидада қатнашиб, бутун Жаҳон стоматологлар Федерациясига (FDI) ҳақиқий аъзолигини қайта тиклади.

2015 ва 2018 йиллари Москва шаҳрида, 2016-19

й. Олмота шаҳрида, 2017 й. Минск шаҳрида, 2017 йили Уфа шаҳрида, 2019 йили Киев шаҳрида, 2019 йили Сан-Франциско шаҳрида стоматологиянинг халқаро конгрессларида, анжуманларида ассоциация аъзолари фаол қатнашдилар. Профессional маҳоратини ошириш, асосий стоматологик касалликларнинг олдини олиш, инсоннинг асосий бойлиги, яъни саломатлигини асраш – мана шулар бутун Жаҳон стоматологлар Федерациясининг асосий шиоридир ва биз шу шиорни қўллаб-қувватлаймиз ва унга содиқ бўлиб қоламиз.

Иштрок этилган халқаро стоматология анжуманларда ва кўргазмаларда олган илмий ва амалий билимларимиз келгусидаги касбий ишларимизда инновацион янги технологияларни ватанимизга олиб киришга ёрдам беради деган умиддамиз.



2015 йил Москва ва 2017 Минск халқаро анжуманда



2019 йили Ўзбекистон эълон қилинганда дунё харитасидан Ўзбекистонни чиқиб келиши ва делегация аъзолари.

Давлатлараро муносабатларни янада кенгайтириш ассоциациямизни асосий мақсадлардан биридир. Бу борада бизнинг ассоциациямиз қўшни ва узоқ давлатлар билан алоқаларни мустаҳкамлаб бормоқда. Булар орасида Туркия, Жанубий Корея, Хитой, Эмират Амирлиги, Украина, Озарбайджон, Қозоғистон, Туркменистон, Тожикистон ва Қирғизистон давлатлари бор. Бундай дўстона ҳамкорлик, айниқса, Қозоғистон стоматологлари билан жуда узвий боғланган. Дўстлик ришталарининг яна бир тасдиғи шуки, уларнинг икки томондан ташкил этиладиган халқаро конференцияларда иштирок этишлари ва маърузалар билан чиқишлари ҳамда илмий-амалий мақолаларимизни бир-биримизнинг нуфузли журналларида бепул чоп этишимиздир. Бундай дўстона алоқалар Ўзбекистон стоматологияси илмининг

ривожланишига ўз хиссасини қўшади деган умиддаман. Шунинг учун, янги сайланадиган Президиум аъзолари, бундан кейин ҳам яқин ва узоқ чет эл давлат стоматологик ассоциациялари билан дўстона алоқаларни мустаҳкамлашни давом эттиришлари зарур.

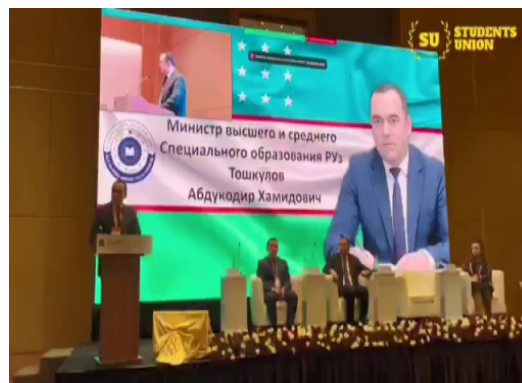
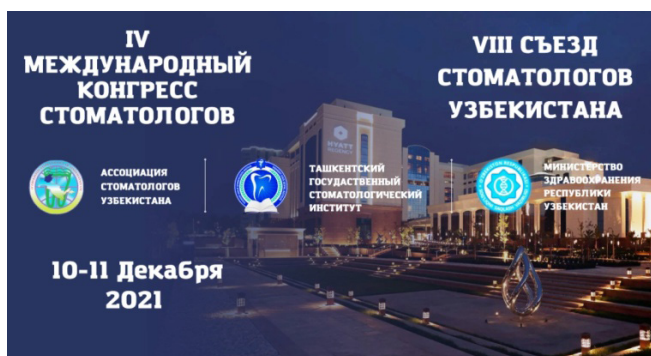
2016-19 йиллари Республикамизда «ITE Uzbekistan» компанияси ва Соғлиқни Сақлаш вазирлиги билан ташкиллаштирилган фамацевтика ва стоматолглар кўргазмасида ассоциация аъзолари фаол қатнашиб келишди. Бунда янги, замонавий стоматологик бор машиналар, техник анжомлар, йирик ва майда стоматологик асбоб-ускуналар, пломба ва қолип олувчи хом ашёлар ва бошқа-бошқа стоматологик жихозлар кенг стоматологлар оммасига жалб қилинмоқда.

ГИГИЕНА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ, ИСТОРИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ



2021 йили Ўзбекистон стоматологларининг 4 - халқаро конгресси ва 8-съезди бўлиб ўтди. Республика аҳолисига тиббиёт тизимининг бирламчи бўғинда кўрсатилаётган стоматологик

ёрдам ва ихтисослаштирилган стоматология хизмати ҳолатини муҳокама қилиш ҳамда уни янада ривожлантириш съездда кўрилган асосий масалалардан бири бўлди.





4 – халқаро Конгресс ва 8-Съезд очилишида Соғлиқни сақлаш вазири ва Олий таълим вазири, 6 та тиббиёт олий муассасаларини ректорлари, чет эллик меҳмонлар билан бирга иштрок этишди. Конгресс ва съезд жарраёнлари Ўзбекистон Республикаси ахборот марказий ва иштимой тармоқларда кенг ёритилди.

Ҳар бир ассоциация ташкилотининг иши бирламчи бўлим (звено) ишига жуда катта боғлиқ. Шунинг учун бизнинг ассоциациямиз ишининг яхшиланиши учун бирламчи звено, яъни вилоятдаги филиалларимиз ишини жадаллаштириш керак. Вилоят ташкилотлари ишининг яхши йўлга қўйилиши, стоматологик хизмат ва бошқа соҳаларда келиб чиқаётган муаммоларни тўғри ҳал этилиши бутун стоматологик ассоциациямиз тақдирини белгилайди.

Шунинг учун ҳам янги сайланадиган Президиум аъзоларининг асосий вазифаси ташкил этилмаган вилоят стоматологик ассоциация бўлимларини ташкил этиш, унинг аъзолари сафини демократик аснода ва ўз хохиши билан кенгайтириш йўллариини белгилашдан иборатдир. Ҳар бир вилоят филиалларида ҳар ойда ассоциация аъзосининг ишидаги ва ҳаётидаги асосий масалаларни муҳокама қилиши, ҳар кунлик ва олдиндан белгиланган режалари, ўзининг стратегияси бўлиши керак.

Республика стоматология хизматини тубдан такомиллаштириш бўйича Соғлиқни сақлаш вазирлигининг янги буйруғи ҳамда Вазирлар маҳкамасининг қарори лойиҳасини ишлаб чиқишимизга амаллий ёрдам беришингизни, шунингдек стоматология хизматини тубдан такомиллаштириш юзасидан Вазирлар маҳкамасига қуйидаги таклифлар киритилишини сўраймиз:

1. Аҳолиси 100 000 дан юқори бўлган Ўзбекистон Республикаси ҳудудида шаҳар ва туманларида

юримдик мақомга эга бўлган ихтисослашган болалар стоматология поликлиникаларини (хўжалик ҳисобидаги катталар бўлими билан) ташкил этиш ва аҳолиси ундан кам туманлар КТМП ларида эса болалар стоматология бўлимини (катталар хўжалик ҳисобидаги кабинети билан) ташкил этиш ва уларни штат бирликлари билан таъминлаш;

2. Стоматология хизматининг вертикал бошқарув тизимини яхшилаш мақсадида барча ОШП ва ОПдаги стоматология хизматига ҳудудий (*вилоят ёки туман*) ихтисослашган болалар стоматология поликлиникасининг штат бирликлари ҳисобидан ставка ажратиш ҳамда КТМП, ОШП ва ОПдаги стоматология хизмати (*тиббий таъминотини ҳамда тиббий хужжатларни юритиш ва даврий хисобот ишлари*) назоратини мазкур стоматология муассасаси мамуриятига юклаш;

3. Барча ҳудудий стоматология муассасаларида (поликлиникалар ва бўлимлар) ва юз-жағ жаррохлик бўлимларида тунги навбатчиликни ташкил этиш ҳамда ушбу хизматларга (стоматолог шифокори ва ўрта тиббиёт ходими) штатлар бирлигини ажратиш;

4. 31 май 2021 йил № 06-14-5-17/5048-2 – сонли янги штат меъёрлари прездентимиз Ш.М. Мирзиёев талаб қилаётган бирламчи бўғин ва ихтисослаштирилган малакали стоматология хизматини ҳудудлар бўйича тўлиқ қамраб олинмангани боис Республикамизда стоматология хизматини такомиллаштириш учун Соғлиқни Сақлаш вазирлиги томонидан янги штат меъёрлари ишлаб чиқарилишини сураймиз;

5. Янги штат меъёрлари буйруқ ишлаб чиқишда ишчи гуруҳда ССВ бош стоматологи ва Ўзбекистон стоматологлар ассоциацияси раиси иштрок этишларини ва ҳозирги кунда шаҳарларда, КТМПда стоматология хизматини тўлиқ қамраб олиш учун 24 июль 2017 йил №148 буйруқ асосида

аҳолига тиббий ёрдамни олиб борилишини сураймиз;

6. Вазирлар Маҳкамасининг 2008 йил 18 мартдаги 48-қарорига мувофиқ Қорақалпоқистон Республикаси, Сирдарё, Тошкент ва Навоий вилоятлари марказида ихтисослашган катталар стоматология поликлиникасини ҳамда Сирдарё, Тошкент ва Навоий вилоятлари марказида ихтисослашган болалар стоматология поликлиникасини ташкил этиш, шунингдек зарур штат бирликлари билан таъминлаш;

7. Аҳолининг имтиёзга эга бўлган табақаларига давлат бюджет маблағлари ҳисобидан бепул стоматологик тиббий хизмат кўрсатиш масаласини тубдан кўриб (2016 йил 24 февралдаги ПҚ-2499 сонли қарорига мувофиқ *“Тиббий протезлаш” рўйхатига тиш протезларини қўйиш имтиёзи киритилмаганлиги боис, ушбу хизмат фаолияти тугатилган*) чиқиш ва Республикамиз ҳудудларида имтиёзли беморларга стоматологик хизмат учун штат бирликларини ажратишни;

8. Болалар стоматологияси муассасасининг ўзини-ўзи қисман молиялаштириш фаолиятдан туширган маблағга тўлиқ эғалик қилиш ва маҳаллий бухгалтерия фаолиятини қайта тиклашни ҳамда стоматология поликлиникаси ёки бўлими ичида ҳудудий муҳофаа ишлари (ҳарбий комиссия) хизматида стоматология хизматини олиб бориш учун 1,0 ставка стоматолог ажратилишни;

9. Стоматология соҳасида фаолият юритувчи хусусий клиникаларнинг даволаш-профилактика ишлари юзасидан ССВ томонидан тасдиқланган тиббий ҳужжатлар (0,37-шакл, 043-У шакл, 0,39-шакл, таххисот-даволаш стандартлари ҳамда протоколлари) мониторингини хусусий муассасанинг иқтисодий ва ҳуқуқий фаолиятига

аралашмаган ҳолда ҳудуд бош стоматологлари томонидан амалга ошириш ва натижаларини даврий равишда ҳудудий ССВ ДПЁТ бўлимига топшириш;

10. Стоматологик сарфлов материаллари, тиббий асбоб-ашёлар ва жихозларни фирмалардан тўғридан-тўғри биржанинг иштирокисиз марказлашган ҳолда харид қилиш.

Жорий йилда соғлиқни сақлаш тизимига бевосита ва билвосита дахлдор бўлган қатор ҳуқуқий ҳужжатлар қабул қилинди. Улар асосида бугун миллий тиббиётимиз тамоман янги ўзгараётган нуктасида турибди.

Камчиликларимиз ҳам ютуқларимиз каби кўп ва турли-тумандир. Камчиликларимизни биз яхши биламиз. Ҳар бир ҳато ва камчиликларни албатта бартараф этиш учун ҳар биримиз бор кучимизни, вақтимизни бахшида этишимиз зарурдир. Ҳаммамиз бир тан, бир жон бўлиб ишласакгина, қўйилган режаларга ва ютиқларга эришамиз. Ҳозирда асосий Республика аҳолиси учун малакали стоматология ва юз-жағ жарроҳлиги тиббий хизматини такомиллаштириш Президент қарорини лойиҳасини ишлаб чиқиш ва стоматолог-шифокорларини кучли ижтимоий ҳимоясини таъминлашда меъёрий ҳужжатларни яратиш долзарб масаладир.

Келгусида Ассоциация томонидан ташкил этиладиган анжуманларни монотематик шаклда ва чет эл олимларини жалб этиш йўли билан ташкил этиш истиқбол режалардан бири ҳисобланади. Бирга ҳамжихат бўлсак, кўзлаган мақсад ва вазифаларни бажарамиз деган умидда ватанимиз стоматологиясини тубдан такомиллаштирида бу йили бурилиш йили бўлишини тилаб қоламиз.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-87>

«STOMATOLOGIYA» - ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ЖУРНАЛ ХОЛАТИ ВА КЕЛГУСИ РЕЖАЛАРИ



Нигматов Р.Н.

“Stomatologiya” журнали бош муҳаррири

Ўзбекистон стоматологлар ассоциацияси аҳолига ўз вақтида юқори малакали тиббий стоматологик ёрдам кўрсатишга доир тадбирларни

амалга ошириш ҳамда ўз аъзоларининг ҳуқуқ ва қонуний манфаатларини ҳимоя қилиш мақсадида ташкил этилган нодавлат нотижорат ташкилоти

ҳисобланиб, унинг ташкилий-ҳуқуқий шакли жамоат бирлашмасидир.

Ассоциация ўз фаолиятини Ўзбекистон Республикаси Конституцияси, Ўзбекистон Республикаси “Нодавлат нотижорат ташкилотлари тўғрисида”ги, “Ўзбекистон Республикасида жамоат бирлашмалари тўғрисида”ги, шунингдек нодавлат нотижорат ташкилотлари фаолиятларини тартибга солувчи бошқа норматив-ҳуқуқий ҳужжатлар ҳамда Устав асосида амалга оширади.

Ассоциация фаолиятининг асосий мақсади – аҳолига ўз вақтида юқори малакали тиббий стоматологик ёрдам кўрсатишга доир тадбирларни амалга ошириш. Бунда:

- стоматологик касалликларнинг олдини олиш, уларнинг миқдорини кескин камайтириш ва аҳолини соғомлаштириш ишларида қатнашиш;
- стоматология соҳасидаги илмий ва амалий ишларни ривожлантириш;
- республика стоматологик даволаш муассасалари амалиётига мамлакатимиз ва жаҳон стоматология фани ҳамда амалиётининг энг охириги ютуқларини татбиқ этиш чораларини кўриш;
- аҳолигастоматологикёрдамкўрсатишларининг асосий шакли ва усулларининг савиясини оширишга кўмаклашиш;
- стоматологик касалликларини ташхислаш, даволаш ва олдини олишда ишлатиладиган усул ва манбаларни таҳлил қилиш ва уларнинг самарадорлигини белгилаш, амалиётда қўлланилиши учун тавсиялар ишлаб чиқиш, эскириб қолган ва ўзини оқламаган усулларни қўллашни тўхтатишда иштирок этиш;
- аҳолига стоматологик хизмат кўрсатишни яхшилаш ва уни такомиллаштириш бўйича услубий қўлланмалар, брошюралар, рисоалар чоп этиш, тематик тасвирлар, видеофильмлар тайёрлаш ва уларни оммавийлаштириш;
- стоматология соҳаси бўйича ҳар хил ахборотларни йиғиш, уларни таҳлил қилиш ва кенг тарқатишни таъминлаш;

Ушбу масалаларни ва амалга оширишда стоматология соҳасини ўзида мужассамлаштирилган, унга қўйилган тадбирларни амалга ошириш учун **STOMATOLOGIYA** журнали катта ўрин тутди.

“Оммавий ахборот воситалари тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси Қонунига ҳамда Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг “Ўзбекистон Республикасида оммавий ахборот воситаларини давлат рўйхатидан ўтказиш тартибини янада такомиллаштириш тўғрисида” 2006 йил 11 октябрдаги 214-сон

қарорига мувофиқ «Stomatologiya» журналининг оммавий ахборот воситаси сифатида 2007 йилда қайта рўйхатдан ўтказилган (15 август 2007 й. Гувоҳнома № 0289).

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).

Муассис (учредитель) - Ўзбекистон стоматологлар Ассоциацияси ҳисобланади. Ассоциация бошқа оммавий ахборот воситаларига нисбатан муассис эмас.

«Stomatologiya» журнали соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, амалий шифокор стоматологлар, стоматология соҳасидаги тадқиқотлар билан шуғулланувчи илмий ходимлар, тиббиёт олий ўқув юртлари юқори босқич талабаларига, докторантларига, клиник ординатор ва магистрларига мўлжалланган журналдир.

ОАВ номи ва тури: “Stomatologiya” журнали.

ОАВ тили: ўзбек, рус, инглиз.

Нашр этилган йили – 1998 йилдан бошлаб

Ҳажми: 500-1000 нусхада, ҳар бири 80-100 бетдан, А-4 форматда.

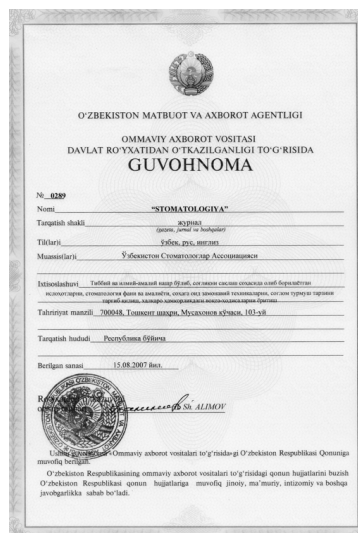
ISSN руйхатга олиш рақами мавжуд: 2091 – 5845.

Журналнинг расмий веб сайти: WWW.stomjurnal.tibbiyot.com.

ДОИ рақами – мавжуд. У ВАКнинг – 2013 йил 30 декабрдан 201/3-сон қарори билан тасдиқланган Чоп этиладиган материалларни тақриздан ўтказилади.

Таҳририятнинг жойлашган жойи (почта манзили): Тошкент шаҳри, 100048, Маҳтумқули кўчаси, 103-уй.

Журналнинг соҳалари – стоматология, тери таносил касалликлари, кўз касалликлари, томоқ-қулоқ-бурун касалликлари (ЛОП), нейрохирургия, жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлаш, логопедия, рентгенология, анестезиология



Журнал Логотипи ва Гувоҳномаси

Ўзбекистон стоматологлар Ассоциациясида чоп этилаётган илмий-амалий журнал бўйича маълумот

№	Муассасада чоп этиладиган журнал номи	Журналнинг ОАК рўйхати га кирганлиги	2018-2020 йилларда ушбу журналда чоп этилган мақолалар сони		
			Муассасада фаолият юритаётган ходимлар томонидан	Республикадаги бошқа муассасаларда фаолият юритаётган ходимлар томонидан	Хорижий муаллифлар томонидан
	“Stomatologiya”	киритилган			
1	2016 йил	+	52	33	19
2	2017 йил	+	69	28	13
3	2018 йил	+	67	24	15
4	2019 йил	+	55	32	16
5	2020 йил	+	65	47	14
	ЖАМИ		308	164	77

“STOMATOLOGIYA” ЖУРНАЛИ ТАХРИРИЯТИНИНГ КЕЛГУСИ РЕЖАЛАРИ

1. Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги Аппарат Кенгаши йиғилишининг 23-сон баёни ижросини бажариш мақсадида “Stomatologiya” журналининг халқаро илмий техник маълумотлар базаси тизимларида индексация қилиш учун ҳаракатлар режаси ишлаб чиқиш.

2. “Stomatologiya” журналининг халқаро илмий техник маълумотлар базаси тизимларида индексация қилиш учун Google Scholar индекс базасига киритиш режалаштирилган.

Google Scholar – барча форматлар ва фанларнинг илмий нашрларининг тўлиқ матнлари бўйича bepul қидирув тизими. Лоиха 2004 йил ноябрь ойидан бошлаб, дастлаб бета-версияда ишлаб келди. Google Scholar индекси Европа ва Американинг энг йирик илмий нашриётлари томонидан кўриб чиқилган онлайн журналларнинг кўпчилигидан

маълумотларни ўз ичига олади.

3. Илмий техник ходимларни билимини ошириш ва уларни ўқитиш;

4. Tadqiqot.uz маълумотлари базаси тизимида индексация қилиш учун тасдиқланган намунавий журналларга мувофиқ тузилмаси ва таркибини мослаштириш ишларини олиб бориш;

5. Журналга топширилаётган илмий мақолаларни “кўчирмакашлик”ка қарши текшириш ишларини олиб бориш;

6. “Stomatologiya” журналининг 1998 йилдан то 2020 йиллар мобайнида чоп этилган нусхаларини электрон ва PDF шаклларида шакллантириш;

7. SCOPUS ва Science Direct халқаро маълумотлар базасидан унумли фойдаланган ҳолда илмий мақолалар чоп этишни амалиётда кенг тадбиқ этиш ва “Stomatologiya” журналининг иқтибослигини ошириш.

СОСТОЯНИЕ ЦЕМЕНТА ПРИ РЕЗОРБЦИИ АПИКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЗУБОВ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ПЕРИОДОНТИТОВ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ



Глинкин В.В.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Украина

По разным данным, частота обращаемости больных в связи с необходимостью эндодонтического лечения зубов с болезнями периодонта не имеет тенденции к снижению [6]. В 6% случаев зубы удаляют из-за их некачественного или неэффективного лечения [3]. С гистологической точки зрения успешным лечение является лишь в 31-60% случаев [1]. Особую сложность представляет лечение хронических форм периодонтита в стадии обострения, так как это приводит к резорбции цемента корня. Фибробласты играют основную роль при заживлении ран, реконструируют внеклеточный матрикс (ECM) и изменяют структуру ткани, секретируют химические факторы и сигнальные молекулы. При этом новый матрикс может накапливать минеральные вещества и совершенствовать свою структуру на протяжении ряда лет [7]. ECM составляет основу соединительной ткани, клетки которой образуют с веществами матрикса межклеточные контакты, которые могут выполнять сигнальные функции и участвовать в локомоции клеток [15]. Он обеспечивает механическую поддержку клеток и транспорт химических веществ, влияет на регенерацию цемента, мобилизует клетки-предшественники и регулирует образование факторов роста и рецепторов к факторам роста. Каждая ткань (дентин, цемент, периодонт) имеют свой внеклеточный матрикс [13].

Цемент образуется при регенерации ткани периодонта, хотя и не remodelируется таким же образом как кость [16]. Вопрос о возможной регенерации цемента после его травмы в результате воспалительного процесса до сих пор остается без ответа. То, что ткани периодонта участвуют в восстановлении цемента, не вызывает сомнений [2]. Для этого они должны плотно контактировать

с поверхностью корня зуба. Поэтому в процессе лечения необходимо создать адекватные условия для восстановления периодонта с последующим восстановлением цемента [14].

В начале 80-х годов было доказано, что при незначительной, поверхностной резорбции наружной стенки корня, которая не определяется рентгенологически, восстановление цемента начинается уже через неделю [9,10]. Но как обстоят дела с регенерацией цемента при глубоких и обширных очагах резорбции?

Цель исследования

Изучение состояния цемента в апикальной области корней зубов с деструктивными формами периодонтита в стадии обострения и разрушенной апикальной констрикцией с помощью сканирующей электронной микроскопии (СЭМ).

Материал и методы

Нами был изучен микрорельеф 10 ранее не леченых зубов с деструктивными формами апикального периодонтита в стадии обострения. Исследования проводили методом (СЭМ) с применением микрорентгеноспектрального анализа в отделе физики и диагностики перспективных материалов Государственного учреждения «Донецкий физико-технический институт им. А.А. Галкина» с помощью исследовательского комплекса: сканирующий электронный микроскоп JSM-6490LV (JEOL, Япония) с энергодисперсионной приставкой INCA Penta FETx 3 (OXFORD Instruments, Англия), предназначенной для проведения микрорентгеноспектрального анализа.

После извлечения из полости рта зубы помещали в дистиллированную воду и доставляли для проведения исследований. Затем образцы обезжизивали при комнатной температуре в спиртах возрастающей концентрации: 1-е – 70%

этиловый спирт, 2-е – 80%, 3е – 96%. На каждой стадии обезвоживания образцы выдерживали 5 часов. Экспериментальные образцы сутки высушивали на воздухе в беспыльных условиях и прикрепляли исследуемой поверхностью вверх при помощи углеродного токопроводящего двустороннего скотча к специальной подставке, которую устанавливали на предметный столик микроскопа. Для обеспечения электропроводности поверхность исследуемого материала напыляли углеродом до толщины 150 ангстрем в вакуумной установке ВУП-5А. После этого зубы помещали в колонну сканирующего электронного микроскопа, где создавали разрежение $(4-5) \times 10^{-5}$ Па [5].

В результате воздействия на образец электронный пучок вызывал формирование некоторых продуктов взаимодействия, регистрация которых (вторичные электроны – SEI), обратно рассеянные электроны – BEI), характеристическое рентгеновское излучение) позволяла получать необходимую информацию об исследуемом образце [4]. По окончании исследования образцов полученные фотографии и результаты анализа анализировали при помощи программы Excel.

Результаты исследования

При исследовании области вершук корней с деструктивными формами периодонтитов в стадии обострения было обнаружено, что, чередуясь с участками неповрежденного цемента, резорбция корня зуба была различной по площади и по глубине поражения даже на корне одного и

того же зуба. Во всех изученных образцах мы наблюдали апикальную резорбцию, по площади затрагивающую менее 20% поверхности корня. Это является благоприятным прогностическим признаком в плане последующего восстановления при помощи клеток соседних здоровых участков [8,11].

В местах резорбции цемент имеет вид крупных лакун с четко очерченными ребрами, заполненных неравномерными скоплениями мелких клеток округлой формы. При больших увеличениях на них видны аналогичные более мелкие образования, своим основанием как бы выходящие из материнской клетки. Можно предположить, что мы наблюдаем процесс размножения клеток цемента. На этих участках цемента они чередуются со слоями бесклеточного волокнистого цемента. На отдельных участках цемента на некотором расстоянии друг от друга расположены мелкие одиночные клетки, иногда сливающиеся между собой. Эти образования цемента крайне малы и варьируют от 300 до 700 нм. Они имеют округлую бугристую форму (рис. 1 а-д). Мы предположили, что это цементобласты – активные клетки-строители цемента, находящиеся на поверхности цемента корня, и синтезирующие компоненты межклеточного вещества. Если учесть, что цементобласты обеспечивают ритмическое отложение новых слоев цемента, то эти наблюдения наводят на мысль о регенеративных процессах в цементе корня зуба.

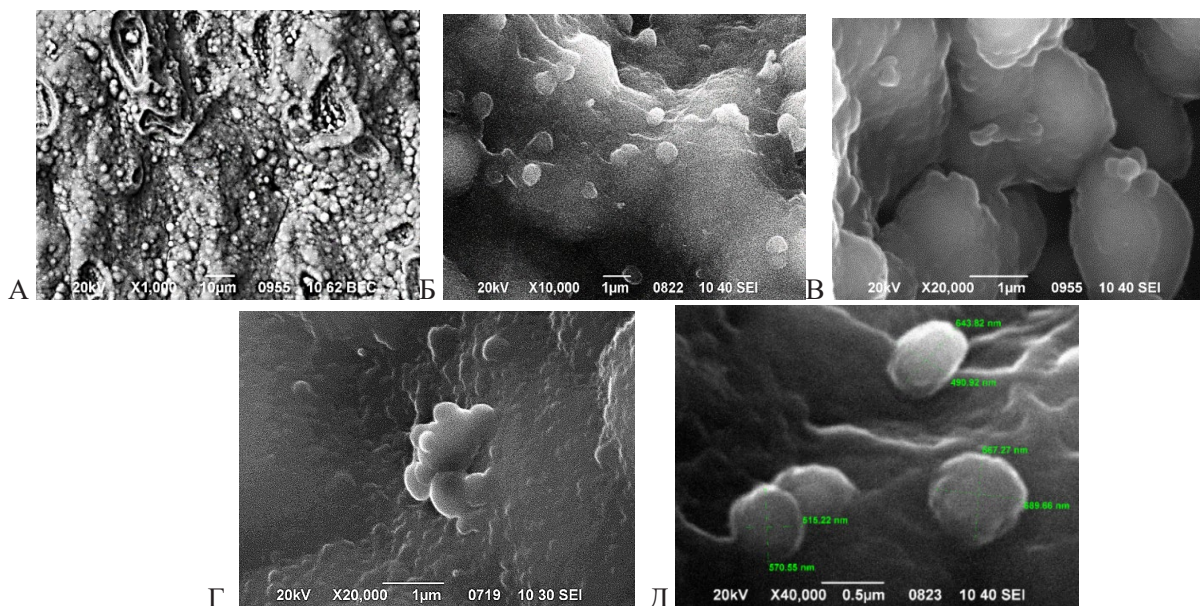


Рис. 1. Участок резорбции цемента у апикального отверстия зуба. Лакуны цемента. Клетки цемента в лакуне (а). Мелкие одиночные клетки цемента (б). Клеточное скопление в лакуне (в). Поверхность клетки цемента (г,д). СЭМ. Контраст в обратном рассеянных электронах (BEC) (а). Контраст во вторичных электронах (SEI) (б-д). Ув.: а – 1000х; б – 10000х; в – 20000х; г – 20000х; д – 40000х.

Клетки соединительной ткани синтезируют экстраклеточный матрикс, которым покрыты клетки цемента, поверх которого располагаются сосуды

(рис. 2). Матриксные металлопротеиназы играют важную роль в развитии тканей, физиологическом ремоделировании и патологических процессах.

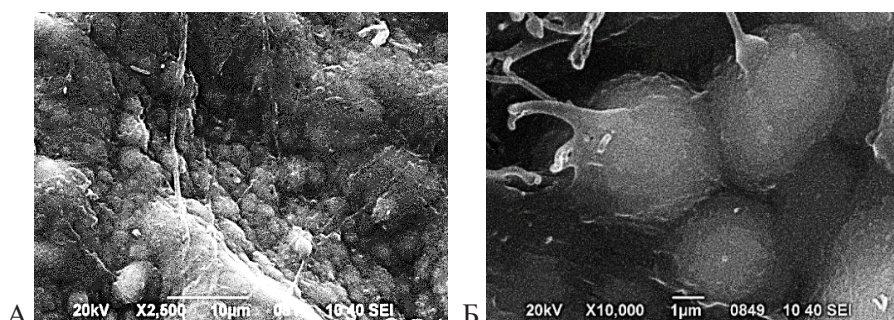


Рис. 2. Экстраклеточный матрикс и сосуды периодонта, покрывающие клетки цемента зуба (а). Экстраклеточный матрикс на клетках цемента зуба (б). СЭМ. Контраст vSEI. Ув.: а – 2500; б – 10000х.

На некоторых участках глубина резорбции была такой, что разрушению подвергались не только ткани периодонта и цемента, но и дентина, оставляя на поверхности корня обнаженные дентинные каналы с деформированными и расширенными устьями. В некоторых местах, вероятно более ранней резорбции, просветы дентинных каналов закрывал межклеточный матрикс разной

степени толщины. Вокруг дентинных каналов расположены мелкие клетки цемента (рис. 3). По-видимому, мы наблюдаем образование клеточного слоя цемента, непосредственно прилежащего к дентину. Вырабатываемый цементобластами органический матрикс цемента цементоид откладывается поверх дентина.

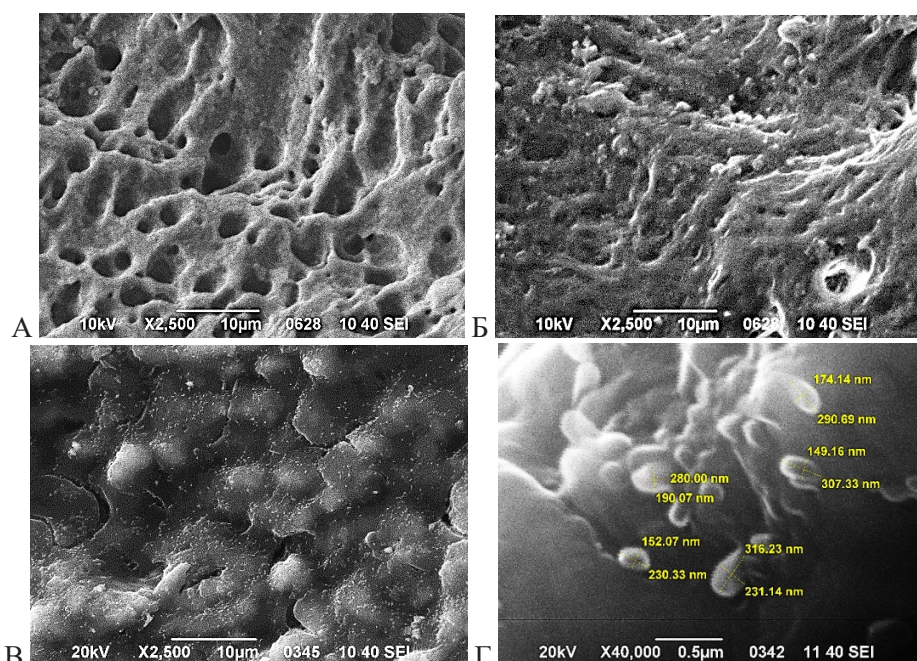


Рис. 3. Область апикального отверстия зуба с участком обнаженных дентинных каналов без признаков цемента и периодонта (а). Межклеточный матрикс, покрывающий просвет дентинных каналов в участках резорбции цемента в апикальной области зубов (б, в). Скопление образований белковой природы овальной формы (г). СЭМ. Контраст vSEI. Ув.: а-в – 2500х; г – 40000х.

При увеличении 40000х можно увидеть скопления образований белковой природы размером 149-280 нм, в большом количестве покрывающих поверхность клеток. Можно предположить, что

мы наблюдаем дифференциацию цементобластов и ликвидацию резорбционных лакун за счет новообразования цемента.

В стадии обострения хронического

периодонтита видно неравномерное распределение клеток по поверхности апикального цемента. Возможно, в период стихания воспалительного процесса цементобласты появляются на цементной матрице, но наступающий период обострения воспалительного процесса не дает сформироваться организованной матрице и образовать пластинчатый рисунок [12].

Неповрежденный цемент имеет неровную

бугристую поверхность, состоящую из мелких клеток, сливающихся друг с другом в конгломераты округлой формы диаметром до 1,9 μm . Ближе к поверхности цемента клетки уплотняются, сливаясь друг с другом, создавая единый конгломерат. По своей структуре эти клетки идентичны тем клеткам, которые мы наблюдали на участках резорбированного цемента (рис. 4).

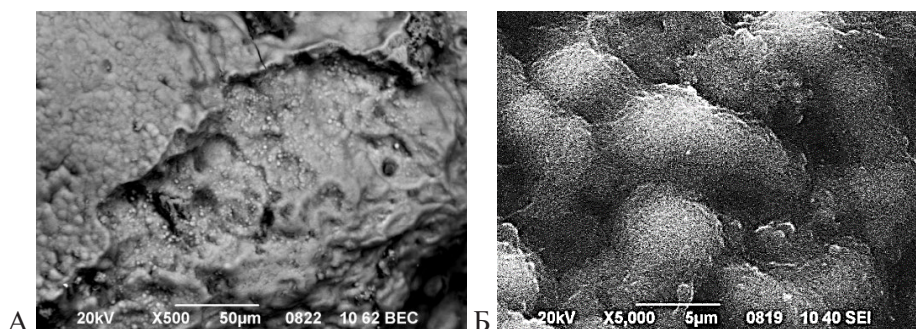


Рис. 4. Граница неповрежденного и поврежденного цемента у апикального отверстия зуба (а). Клетки неповрежденного цемента зуба (б). СЭМ. Контраст в BEC (а), SEI (б). Ув.: а – 500х; б – 5000х.

Выводы

1. На основании полученных нами результатов мы не можем ответить на вопрос, наблюдаем мы регенерацию или репарацию цемента. Наши наблюдения позволяют усомниться в том, что при сильном повреждении цемента регенерация может отсутствовать. Мы можем предположить, что регенерация возможна. Вопрос в том, типична она или атипична. Возможно, что в случае с цементом, как и с костной тканью, процесс ремоделирования происходит на отдельных участках, начинаясь с запуска сигналов-стимулов. Но при этом должен соблюдаться ряд необходимых условий для восстановления тканей. Патологический процесс должен быть ликвидирован.

2. При хроническом течении заболевания регенерация цемента невозможна, так как нестойкая ремиссия является неполной.

Литература

1. Байназарова Н.Т., Исакова М.К. Анализ качества эндодонтического лечения, профилактика осложнений (по данным литературы) // Вестн. КазНМУ. – 2017. – №3. – С. 186-189.
2. Глинкин В.В., Клемин В.А. Роль периодонта в цементогенезе корня зуба с деструктивным апикальным периодонтитом в стадии обострения // Медицинский форум. – 2020. – № 21. – С. 8-11.
3. Иорданишвили А.К., Толмачев И.А., Сагалатый А.М. Анализ причин удаления зубов и качество заполнения медицинской документации в хирургическом кабинете стоматологической

поликлиники // Институт стоматологии. – 2008. – Т. 3, №40. – С. 28-29.

4. Коровин А.Е., Копыленкова Т.И., Костина О.В. и др. Основы электронной микроскопии. Устройство и принцип работы электронных микроскопов и особенности подготовки материала для проведения исследований // Клин. патофизиол. – 2015. – № 4. – С. 111-120.

5. Практическая растровая электронная микроскопия; Под ред. Д. Гоулдстейна, Х. Яковица. – М.: Мир, 1978. – 231 с.

Сергеева И.Л. Сравнительный анализ методов лечения деструктивных форм хронического периодонтита в лечебных учреждениях // Universum: Медицина и фармакология: электрон. науч. журн. – 2016. – №5 (27). URL: <http://7universum.com/ru/med/archive/item/3190>.

Смирнов А.В., Румянцев А.Ш. Строение и функции костной ткани в норме и при патологии. Сообщение II // Нефрология. – 2015. – Т. 19, №1. – С. 8-17.

Andreasen J.O. Analysis of pathogenesis and topography of re-placement root resorption (ankylosis) after replantation of mature permanent incisors in monkeys // Swed. Dent. J. – 1980. – № 4. – P. 231-240.

Andreasen J.O. Relationship between cell damage in the periodontal ligament after replantation and subsequent development of root resorption. A time-related study in monkeys // Acta Odontol. Scand. – 1981. – Vol. 39. – P. 15-25.

Andreasen J.O. Relationship between surface and inflammatory resorption and changes in the pulp after replantation of permanent incisors in monkeys // J. Endod. – 1981. – № 7. – P. 294-301.

Andreasen J.O., Kristerson L. The effect of limited drying or removal of the periodontal ligament upon periodontal healing after replantation of mature permanent incisors in monkeys // Acta Odontol. Scand. – 1981. – Vol.39. – P. 1-13.

Chen M. Observations on the structure of matrix fibers in human cement (in Japanese) // J. Stomatol. Soc (Jpn). – 1987. – Vol. 54. – P. 635-675.

Foster B.L., Nociti F.H., Somerman M.J. Tooth Root Formation // Stem Cells, Craniofacial Development and Regeneration; Eds G.T.J. Huang, I. Thesleff. – 1 ed. – Wiley-Blackwell, 2013. – P. 153-177.

Maurice N. Gunraj. Dental root resorption // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 1999. – Vol. 88. – P. 647-653.

Tummers M., Thesleff I. The importance of signal pathway modulation in all aspects of tooth development // J. Exp. Zool. B Mol. Dev. Evol. – 2009. – Vol. 312B. – P. 309-319.

Yamamoto H., Toshihide N., Yokota-Ohta R. et al. Distribution of Acellular and Cellular Cementum in Human Teeth Diversity of Acellular and Cellular Cementum Distribution in Human // J. Hard Tissue Biology. – 2009. – Vol. 18, №1. – P. 40-44.

Цель: с помощью СЭМ изучение состояния цемента в апикальной области корней зубов с деструктивными формами периодонтита в стадии обострения и разрушенной апикальной констрикцией.

Материал и методы: изучен микрорельеф 10 ранее не леченых зубов с деструктивными формами апикального периодонтита в стадии обострения. Исследования проводили методом сканирующей электронной микроскопии (СЭМ) с применением микрорентгеноспектрального анализа.

Результаты: полученные нами результаты не могут дать ответ на вопрос, наблюдаем мы регенерацию или репарацию цемента. Можно предположить, что регенерация возможна, однако не известно, типична она или атипична. Возможно, что в случае с цементом, как и с костной тканью, процесс ремоделирования происходит на отдельных участках, начинаясь с запуска сигналов-стимулов.

Выводы: Патологический процесс должен быть ликвидирован. При хроническом течении заболевания регенерация цемента невозможна, т.к. нестойкая ремиссия является неполной.

Ключевые слова: периодонтит, цемент корня зуба, регенерация.

Maqsad: o'tkir bosqichda periodontitning destruktiv shakllari va apikal siqilish vayron bo'lgan tish ildizlarining apikal mintaqasidagi tsement holatini SEM yordamida o'rganish.

Material va usullar: o'tkir bosqichdagi apikal periodontitning destruktiv shakllari bo'lgan, ilgari davolanmagan 10 ta tishlarning mikrorelefi o'rganildi. Tadqiqotlar skanerlash elektron mikroskopiya (SEM) yordamida rentgen mikrotahlili yordamida amalga oshirildi.

Natijalar: biz tomonidan olingan natijalar sementning regeneratsiyasi yoki ta'mirlanishini kuzatamizmi degan savolga javob bera olmaydi. Regeneratsiya mumkin deb taxmin qilish mumkin, ammo u odatiy yoki atipik ekanligi ma'lum emas. Tsement holatida, shuningdek, suyak to'qimasi bilan, qayta qurish jarayoni ogohlantiruvchi signallarni ishga tushirishdan boshlab, alohida joylarda sodir bo'lishi mumkin.

Xulosa: patologik jarayonni yo'q qilish kerak. Kasallikning surunkali kursida tsement regeneratsiyasi mumkin emas, chunki. beqaror remissiya to'liq emas.

Kalit so'zlar: periodontit, tish ildizi sementi, regeneratsiya.

Objective: Using SEM to study the state of cement in the apical region of the roots of teeth with destructive forms of periodontitis in the acute stage and destroyed apical constriction.

Material and methods: The microrelief of 10 previously untreated teeth with destructive forms of apical periodontitis in the acute stage was studied. The studies were carried out by scanning electron microscopy (SEM) using X-ray microanalysis.

Results: The results obtained by us cannot answer the question whether we observe regeneration or repair of cement. It can be assumed that regeneration is possible, but it is not known whether it is typical or atypical. It is possible that in the case of cement, as well as with bone tissue, the remodeling process occurs in separate areas, starting with the triggering of stimulus signals.

Conclusions: The pathological process must be eliminated. In the chronic course of the disease, cement regeneration is impossible, because. Unstable remission is incomplete.

Key words: periodontitis, tooth root cement, regeneration.

РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА.



Гаффоров С.А., Назаров У.К., Хен Д.Н., Раджабов Н.М.

Кафедра «Стоматологии, детской стоматологии и ортодонтии» Центр развития профессиональные навыки медицинских кадров при Министерстве Здравоохранение Республики Узбекистан.

Актуальность. По анализе данных ВОЗ, полученных из 35 страна мира распространенности болезней пародонта у лиц в возрасте 31-44 лет составила; в 7 странах отмечена очень высокая (свыше 75%), в 13 странах - высокая (40-75%) и в 15 странах - умеренная (менее 40%) [12,13]; также, установлена, сочетание сердечно-сосудистой патологии, ревматизма, сахарного диабета, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, патология височно-нижнечелюстной системы (ВНЧС) с различной пародонтальной патологией [1,4,6,9,14]. Известно, что в эмбриональном периоде проявляется структурообразующая функция соединительной ткани (СТ), которая влияет на дифференцировку и организацию тканей, в том числе тканей пародонта [5,10,11,15]. Кроме того дисплазия соединительной ткани (ДСТ) при в эмбриональном и постнатальном периодах, вследствие генетически измененного фибриллогенеза внеклеточного матрикса, приводит к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфофункциональных нарушений локомоторных и висцеральных органов с прогрессирующим течением, значит, ДСТ не является самостоятельной нозологической единицей, а представляет собой генетически детерминированный системный проградентный процесс, который формирует фенотипические признаки наследственной патологии и служит фоном при ассоциированных заболеваний. Например, мутация коллагенов - синдром Элерса-Данлоса развивается вследствие мутации

генов COL3A1, COL1A1, COL1A2 или синдром Марфана – формирующийся, при мутации гена фибриллина, структурного белка соединительной ткани. [2,5,7,16].

Пародонтит-являетсясамымраспространенным заболеванием среди всей патологии пародонта. Однако специалисты могут с уверенностью утверждать, что клиническая картина агрессивных форм пародонтита, имеющих раннее начало (в возрасте 18-20 лет), существенно отличается от хронического генерализованного пародонтита (ХГП) у взрослых (старше 35 лет) [11]. При этом, некоторые авторы предполагают возможность перехода ХГП в агрессивную форму у пожилых пациентов на фоне сниженного иммунитета [9,11]. Однако до сих пор по этому вопросу нет единодушия среди специалистов, в связи, с чем указанная проблема остается актуальной для исследования. С целью изучения в сравнительном аспекте особенностей стоматологического статуса пациентов с ХГП и ДСТ в зависимости от пола, возраста и минеральной плотности костей (МПК), было обследовано состояние твердых тканей зубов и тканей пародонта у 34 пациентов с ХГП средней и тяжелой степени и 104 пациентов с ДСТ.

Цель исследований. Диагностировать и определить роль генетических факторов при хроническом генерализованном пародонтите с дисплазиями соединительной ткани, с целью улучшению профилактики и лечения больных.

Материалы и методы исследование. Настоящее исследование основано на ретроспективных и перспективных данных,

полученных в результате наблюдения больных в 2016-2020 годах с различной выраженностью патологии ДСТ+ХГП -104 больных, из них 56 с ДДСТ (синдромом Марфана+ХГП) - (1-я группа), 48 с НДДСТ+ХГП - (2-я группа) человек, находившихся под диспансерным наблюдением в отделениях республиканского скрининг центра Узбекистана, также 34 практически здоровых лиц без признаков костно-мышечной дисплазии, но с имеющимся диагнозом ХГП (контрольная группа – К/Г) в возрасте от 18 до 37 лет, обратившихся за стоматологической помощью в клинику Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников. Всего обследовано -138 человек; в том числе 72 мужчин и 66 женщин, при этом – в 1-й группе -32 мужчин и 24 женщин, во 2-й группе 25 и 23 соответственно. По возрастным группам с 1-ой группой 14 больной -18-20 лет; 23 – 21-29 лет; 19 – 30-37 лет; с 2-ой группой -14; 21; -13 больной и с К/Г 12; - 10; и -12 больной соответственно.

Диагноз ДСТ поставлен на основании результатов комплекса общеклинических, биохимических, хемоллюминесцентных методов исследования. Все обследованные консультированы врачом генетиком для исключения хромосомной патологии, что подтверждалось исследованием кариотипа, также, в соответствии с классификацией (7), все признаки диспластичкозависимых изменений органов и систем были разделены на: локомоторные, кожные симптомы, висцеральные. Всем больным была проведена рентгеновская (R) денситометрия, а также общеклинические исследования: общий анализ крови и анализ мочи, биохимическая и лабораторная диагностика.

Результаты и их обсуждение. Как видно из полученных результатов по стоматологическому состоянию в исследуемых группах; в 1-й группе пациентов, с синдромом Марфана, интенсивности кариеса составила в среднем $-18,2 \pm 0,5$; соотношение элементов КПУ; - К $-2,1 \pm 0,5$; П $-16,8 \pm 0,4$; У $-2,8 \pm 0,3$ из всего $24,7 \pm 0,4$ зубов; при этом некариозные поражения зубов составила $-9,0 \pm 0,4$; патология тканей пародонта $-90,6 \pm 0,6$. Среди пациентов 2-й группы – с патологиями ДДСТ эти показатели составили $-16,7 \pm 0,8$; $-2,1 \pm 0,4$; $-13,3 \pm 0,4$; $-3,2 \pm 0,4$; $-26,1 \pm 0,4$; $-4,5 \pm 0,3$; $-85,5 \pm 0,8$ соот-но.

Сравнительная оценка состояния тканей пародонта между полами показала статистически

достоверную разницу по всем исследованным показателям, у женщин отмечается более тяжёлые формы воспаления тканей. Полученные результатам указанные в таблице №2, гигиеническое и клиническое состояние полости рта (ПР) пациентов 1-й и 2-й групп соответствует литературным данным [1,3,6,7].

По результатам исследования МПК; R-го индекса и определением костного числа Фукса; - индекса Фукса у пациентов 1-ой группы составил в среднем $0,48 \pm 0,03$, что соответствует степени резорбции костной ткани альвеолярной части в пределах от 1/2 до 2/3 длины корня. При этом величина потери костной ткани по R-му индексу оказалась равна $1,54 \pm 0,08$, что составляет 68% убыли от общей высоты альвеолярного отростка. Величина резорбции костной ткани альвеолярного отростка в/ч у пациенток 1-ой группы составила $1,88 \pm 0,18$ (72%), что оказалось больше показателя для н/ч $1,72 \pm 0,08$ (65%) ($p > 0,2$). Значение индекса Фукса, определяющего уровень резорбции, в среднем оказался практически одинаковым ($p > 0,5$) на обеих челюстях.

Доказанная многими исследованиями высокая корреляционная зависимость между МПК ткани скелета и индексом МСІ н/ч при разных соматических патологиях, дает возможность использовать его в качестве стоматологического критерия оценки снижения МПК осевого скелета. По нашим результатам величины резорбции альвеолярной кости в/ч и н/ч у пациенток 30-37 лет видно, что убыль костной ткани в области альвеолярного отростка в/ч происходит несколько быстрее (68%), чем на н/ч (48%) ($p < 0,3$). Таким образом, следует отметить, что степень и величина резорбции альвеолярной кости обеих челюстей у пациентов с патологиями ДСТ с возрастом увеличивается и раннее начало заболевания - резорбция альвеолярной кости, чаще отмечается в области в/ч.

Для сравнения, основные количественные показатели минерального метаболизма и регулирующих гормонов практически здоровых мужчин и женщин, как мы указывали, исследовали у 24 практически здоровых людей; результаты показали, что содержание Са $-2,50 \pm 0,41$ ммоль/л; Р $-1,42 \pm 0,22$ ммоль/л и Mg $-0,97 \pm 0,06$ в крови и Р в моче $-37,2 \pm 2,35$ моль/л сут у практически здоровых лиц в возрасте 20-37 лет: Гормональные показатели - соматотропный гормон $-4,4 \pm 0,24$ мг/

мл; АКТГ $-16,46 \pm 1,6$ пг/мл; кортизол -530 ± 39 нмоль/мл; тиреотропный гормон $-1,29 \pm 0,2$ мМЕ/мл; трийодтиронин $-1,88 \pm 0,1$ нмоль/л; тироксин $-85,25 \pm 4,68$ нмоль/мл; пролактин -222 ± 14 мМЕ/мл; паратиреоидный гормон $-37,68 \pm 3,76$ пг/мл: Биохимические маркеры метаболизма: ЩФ $-68,08 \pm 4,6$ ед/л; остеокальцин $-13,56 \pm 1,8$ нг/мл; деоксипиридинолин в моче $-6,2 \pm 0,31$ ммоль/креатинин в сутки; кальций в моче $-4,44 \pm 0,4$ ммоль/сутки; гомоцистеин в плазме крови $-13,88 \pm 0,08$ мкмоль/л.

Генетическая природа большинства распространенных хронических заболеваний, в том числе и ХГП+ДДСТ и ХГП+НДДСТ, продолжает оставаться одной из самых сложных проблем медицинской генетики. По нашему мнению, этиопатогенез этой формы патологии пародонта представляет собой сложную взаимосвязанную цепь различных системных и местных факторов, не последнюю роль в которых, играет наследственная предрасположенность. Возможно, именно генетика может сыграть решающую роль в понимании механизмов развития, лечения

и профилактики данной распространенной патологии. На основании клинической картины течения ХГП при ДДСТ и НДДСТ и данных лабораторных анализов, определяющих состояние минерального обмена организма, были выбраны для изучения полиморфизма гена рецептора кальцитонина (*CALCR*), гена, а 1-цепи коллагена (*COL1A1*) и гена рецептора паратиреоидного гормона 1-го типа (*PTHRI*). На основании исследования гена рецептора кальцитонина (*CALCR*) [1, 6, 10] обнаружили два полиморфизма длины рестриктазных фрагментов, выявляемых рестриктазами *AluI* и *TaqI*, которые показали, что обладатели *TT*-генотипа имеют в среднем более низкие значения МПК по сравнению с обладателями *CC*-генотипа. В своем исследовании мы также изучили частоту встречаемости генотипов *CAACSA* среди пациентов, страдающих ХГП в сравнении с патологиями ДДС (ДДСТ и НДДСТ).

Таблица №1
Распределение частот аллелей и генотипов гена рецептора кальцитонина (CAACSA) у пациентов при синдроме Марфана+ХГП и НДДСТ+ХГП.

Генотип	1-я группа (Синдром Марфана)		2-я группа (НДДСТ)	
	N (n=56)	%	N (n=48)	%
<i>CC</i>	10	12,26	8	8,4
<i>CT</i>	18	24,32	19	42,34
<i>TT</i>	28	68,42	21	54,8
$X^2=4,021$ ($p>0,05$)				
Аллели	N	%	N	%
<i>C</i>	14	25,0	29,5	24,85
<i>t</i>	42	75,0	106,5	75,25
$\chi^2=0,164$ ($p>0,5$)				

Частота встречаемости *CC*- и *TT*-генотипа, сопряженного с пониженной МПК, оказалась несколько выше в первой группе (12,86% и 68,462% соот-но), чем во второй (8,4% и 54,90%), однако статистически достоверного отличия этого показателя выявлено не было ($p>0,05$). При этом гомозиготы по аллелю *T* оказались в абсолютном большинстве как в 1-ой, так и во 2-ой группах, по

сравнению с гетерозиготами (*CT* -24,42% в 1-ой группе и 38,50% во 2-ой группе) и гомозиготами по аллелю *C* (14,38% в 1-ой группе и 6,8% во 2-ой группе). Такие же закономерности были обнаружены при анализе частот аллелей. Аллель *C* оказался в меньшинстве в обеих группах, аллель *T* доминировал в обеих группах.

Таблица №2

Гигиенические состояние и состояние ткани пародонта у пациентов с ДСТ+ХГП и ХГП тяжелой степени в зависимости от полиморфизма гена рецептора кальцитонина (САБСК)

Индекс гигиены Н1	22,5±1,9	31,9±1,5	66,1±1,6	p>0,05
Индекс РВ1	2,7±0,3	1,9±0,3	0,5±0,2	p>0,05
Индекс С1	2,5±0,3	1,9±0,5	0,5±0,1	p>0,05
Глуб. парод. кармана (мм)	6,9±0,5	4,5±0,7	7±0,1	p>0,05
Подвижность зубов	2,5±0,8	1,6±0,6	-	p>0,05

При этом статистически значимые различия получены в оценке МПК, также, зафиксированные при различных полиморфизмах, которые находились в пределах нормы.

Частота аллельных вариантов генотипа *PTHRI*, определенных как патология (гетерозиготы 5/6 и гомозиготы 6/6) в первой группе (АФП) составила 51,7%, гомозиготы по аллелю 5 составили 59,5%.

Таблица №3

Распределение частот аллелей и генотипов гена рецептора 1 типа паратиреоидного гормона (*PTH1R*) при синдроме Марфана+ХГП и НДДСТ+ХГП.

Генотип	1-я группа (Синдром Марфана)		2-я группа (НДДСТ)	
	N (n=56)	%	N (n=48)	%
5/5	29	51,78	28	58,3
5/6	16	28,57	20	41,7
6/5	11	19,64	-	-
$X^2=4,021$ (p>0,05)				
Аллели	N	%	N	%
5	59,8	65,8	114,8	68,8
6	14,5	15,8	16,7	14,9
$X^2=3,607$ (p=0,208))				

В основе мультифакториальной модели лежит простая идеология: если изучаемая группа генов имеет отношение к развитию хронического заболевания, то их определенные аллели, которые называются предрасполагающими, должны встречаться у больных чаще, чем в популяции. Другие аллели тех же генов должны встречаться реже и выполнять протективную роль. При этом поиск генов-кандидатов должен осуществляться, исходя из представлений о патогенезе изучаемого заболевания. Основываясь на результатах собственного исследования, мы предположили наличие в патогенезе агрессивных форм ХГП при ДСТ, связанного с дисбалансом кальция регулирующих гормонов. Поэтому за основу генетической составляющей мультифакториальной модели пародонтита взяли группу генов, детерминирующих подобные нарушения. После объединения трёх

полиморфизмов получилось 29 комбинаций генотипов. Абсолютная норма (ССЮС\55) среди пациентов 1-й и 2-й групп, была выявлена в 4,8% случаев (5 человек). Основываясь на результатах собственного исследования, анамнестических данных пациентов, а также теории о том, что гены влияют на восприимчивость к заболеваниям, имеющим общее происхождение, в нашей работе высказано предположение о необходимости поиска маркеров среди заболеваний, сопровождающихся ДСТ. В работе изучены как отдельные полиморфизмы гена рецептора кальцитонина (*САБСК*), гена $\alpha 1$ -цепи коллагена (*СОЫА1*) и ген рецептора паратиреоидного гормона 1-го типа (*РТНЯ1*), так и их возможное сочетанное влияние, поскольку известно, что заболевания, в этиологии которых существенна генетическая компонента, но характер наследования не может быть объяснен простыми менделевскими правилами,

а фенотип определяется воздействием факторов внешней среды, образуют группу так называемых мультифакториальных заболеваний.

Выводы. Таким образом, состояние твердых тканей зубов на фоне сниженной МПК характеризуется высокой интенсивностью кариозного процесса и значительным количеством удаленных зубов. Выявленная высокая корреляционная зависимость между состоянием кальциевого гомеостаза и интенсивностью кариозного процесса указывает на причину 2-ой адентии у пациентов со сниженной МПК скелета - нарушение минерализации твердых тканей зубов. Также, у пациентов с ДСТ в тканях пародонта присутствуют изменения, характерные для пародонтальной патологии тяжелой степени. При этом течение ХГП тяжелой степени у лиц молодого и среднего возраста имеет гендерные различия. Кроме того, высокая интенсивность кариозного процесса у пациентов молодого и среднего возраста без воспалительной патологии пародонта, особенно у пациентов с синдромом Марфана, может служить диагностическим критерием снижения МПК. При дисбаланс в системе Ca регулирующих гормонов у пациентов с ДДСТ и НДДСТ среднего возраста обоего пола способствует развитию агрессивного течения заболевания, что определяется достоверно значимым ($p < 0,05$) ухудшением всех показателей пародонтальных индексов, увеличением потери прикрепления и большей степенью резорбции костной ткани. В основе механизма резорбции костной ткани альвеолярного отростка у пациентов среднего возраста с патологиями ДСТ лежит нарушение цикла костного ремоделирования на фоне дисбаланса Ca регулирующих гормонов. Снижение скорости костеобразования на фоне нормального уровня костной резорбции является причиной развития патологии зубов и тканей пародонта.

В предрасположенности к развитию ХГП играют роль полиморфизмы отдельных генов, детерминирующих МПК (ген рецептора кальцитонина (*CALCR*), ген $\alpha 1$ -цепи коллагена I типа (*COL1A1*) и ген рецептора паратиреоидного гормона 1-го типа (*PTH1R*)). Среди пациентов синдром Марфан+ХГП и НДДСТ+ХГП агрессивным течением выявлено достоверно значимое представительство редкого аллеля Т гена $\alpha 1$ -цепи коллагена I типа (*COL1A1*). Сочетание гомозигот по редким аллелям этих генотипов может являться частью генетической составляющей

мультифакториальной модели генерализованного пародонтита.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арутюнов С.Д., Н.В. Плескановская, Наумов А.В. и др. Заболевания пародонта и «системные болезни»: известное прошлое, многообещающее будущее //Пародонтология. - 2009. №1. - С.3-6.
2. Бакулина Е.Г. Особенности костного и гомоцистеинового метаболизма при соединительнотканной дисплазии костной ткани» Дис. кандидата мед. наук. Ставрополь – 2006.
3. Богомолов Д.В., Шехонин Б.В., Чумаков А.А. Изменение строения коллагеновых волокон соединительной ткани при хрон-ом воспалении в пародонте// Стоматология. - 1998. № 1. - С. 5-11.
4. Венскель Е.В. Экспериментальное обоснование дозированных нагрузок при ортодонтическом перемещении зубов: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. Волгоград, 2007. - 25 с.
5. Лисиченко О.В. Синдром Марфана. - Новосибирск, 1986. - 321 с.
6. Сивовол С.И. Первичные факторы в этиологии и патогенезе воспалительных заболеваний пародонта // Стоматолог. - 2006. № 6. - С. 37-48.
7. Яковлев В.М., Нечаева Г.И., Викторова И.А., Глотов А.В. Терминология, определение с позиции клиники, классификация врожденной дисплазии соединительной ткани //Тез. Регионального симпозиума «Врожденная дисплазия соединительной ткани». - Омск, 1990. - С. 1-3).
8. Guttormsen A.B., Ueland P.M., Kruger W.D., Kim C.E., Ose L. Disposition of homocysteine in subjects heterozygous for homocystinuria due to cystathionine beta-synthase deficiency: relationship between genotype and phenotype//J. Med. Genet. -2001.-N100.-P. 204-213.).
9. Lagervall M, Jansson L. Relationship between tooth loss/probing depth and systemic disorders in periodontal patients // Swed. Dent. J. - 2007. - Vol.31(1). - P. 1-9.
10. Roman, M.J. Comparison of cardiovascular and skeletal features of primary mitral valve prolapse and Marfan syndrome / M.J. Roman, R.B. Devereux, R. Kramer-Fox // Am. J. Cardiol. - 1989. - Vol. 63. - P. 317-321.
11. Sinkin R.A., Roberts M., LoMonaco M.B., Sanders R.J., Metlay L.A. Fi- bronectin expression in bronchopulmonary dysplasia // Pediatr. Dev. Pathol. - 1998. -Nov-Dec. -N 1 (6). - P. 494-502.).

WHO releases new report on global problem of oral diseases // World Health Organization, 2009.
URL: <http://www.emro.who.int/>.

12. Akhmedov A. B. Influence of complex treatment on amino acid composition of saliva in children with erosion of dental tissues //E-Conference Globe. – 2021. – С. 217-218.

13. Bahodirovich A. A. The Effect of Hormonal Status on The Formation and Development of Dental Hard Tissue //Eurasian Medical Research Periodical. – 2021. – Т. 1. – №. 1. – С. 55-59.

14. Bahodirovich A. A., Utkirovna R. D. Modern Views on the Prevalence, Etiology and Pathogenesis of Dental Fluorosis in Children //Middle European Scientific Bulletin. – 2021. – Т. 18. – С. 287-293.

15. Akhmedov A. B. et al. Prevalence, prophylaxis and treatment principles of primary teeth erosion in children //International Journal of Psychosocial Rehabilitation. – 2020. – Т. 24. – №. 4. – С. 2073-2078.

Аннотация. Исследование основано на ретроспективных и проспективных данных, полученных в результате наблюдения больных с различной выраженностью патологии ДСТ+хронической генерализованной пародонтитом (ХГП) - 104 больной из них с ДДСТ (синдромом Марфана+ХГП) -56 (1-я группа), с НДСТ+ХГП-48 (2-я группа) человек находившихся под диспансерным наблюдением в отделениях республиканского скрининг центра Узбекистана. Результаты исследований позволяют утверждать, что у пациентов с ДСТ в тканях пародонта

присутствуют изменения, характерные для пародонтальной патологии тяжелой степени, при этом течение ХГП тяжелой степени у лиц молодого и среднего возраста имеет гендерные различия, и, что высокая интенсивность кариозного процесса у пациентов молодого и среднего возраста без воспалительной патологии пародонта, особенно у пациентов с синдромом Марфана, может служить диагностическим критерием снижения МПК.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, хронический генерализованный пародонтит, минеральные нарушения, генетические факторы.

Annotation. The study is based on retrospective and prospective data obtained as a result of observation of patients with varying degrees of pathology of DST + chronic generalized periodontitis (CGP) - 104 patients of them with DDST (Marfan syndrome + CGP) -56 (group 1), with NDST +CGP -48 (group 2) people who were under dispensary supervision in the departments of the Republican screening center of Uzbekistan. The results of the studies suggest that in patients with DST in periodontal tissues there are changes characteristic of severe periodontal pathology, while the course of severe CGP in young and middle-aged people has gender differences, and that the high intensity of the carious process in young and middle-aged patients without inflammatory periodontal pathology, especially in patients with Marfan syndrome, can serve as a diagnostic criterion for reducing BMD.

Keywords: connective tissue dysplasia, chronic generalized periodontitis, mineral disorders, genetic factors.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-90>

УДК: 612.313.5

ЛЕЧЕНИЕ РЕАКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ



Иноятлов А.Ш., Жумаев Л.Р., Хамраев С.Ж.

Бухарский государственный медицинский институт

Бухарский областной многопрофильный медицинский центр

Актуальность. Известно, что лечение патологии слюнных желез является одной актуальных проблем стоматологии. Большинство

исследователей отмечают тесную взаимосвязь хронических воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез с патологией

различных органов и систем человека [1,4]. В связи с этим подходы к лечению неоднозначны. Выбор метода терапии во многом зависит от стадии и выраженности патологического процесса в слюнных железах и наличия сопутствующих заболеваний. Многие применяемые методики лечения не всегда эффективны, а используемые лекарственные препараты нередко вызывают аллергические реакции. Лечение должно быть комплексным и приводиться совместно со специалистами различного профиля [2,6].

Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез (сиалозы) встречаются чаще среди людей пожилого и старческого возраста [3,5]. Особенностью клинического течения данной патологии является медленное прогрессирование дистрофического процесса в паренхиме слюнных желез, который иногда сопровождается воспалительным компонентом [2,5]. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез плохо поддаются лечению и очень мучительны для больных из-за постоянной сухости в полости рта (синдром «сухого рта»), возникающей вследствие гипосаливации [1,7]. Этиология этих заболеваний до сих пор четко не установлена. Сиалозы, из-за коморбидной патологии, присущей людям старших возрастных групп, обычно сопутствуют хроническим заболеваниям органов сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, эндокринопатиям, болезням соединительной ткани, неврологическим нарушениям и т.п. [3,9,10]. Поэтому, больные с этой патологией обычно проходят лечение в ревматологических центрах или специализированных терапевтических клиниках. Однако из-за нарастающей гипосаливации и прогрессирующей сухости полости рта, увеличения в размерах больших слюнных желез, такие пациенты попадают на лечение в стоматологические или челюстно-лицевые отделения многопрофильных стационаров. Как правило, причину имеющихся у пациента морфофункциональных изменений слюнных желез при сиалозах, не всегда удается установить [1,7,8]. В задачу врача-стоматолога или челюстно-лицевого хирурга входит проведение лечебно-профилактических мероприятий по санации полости рта, а также улучшению процессов слюноотделения [2,9].

Цель исследования. Усовершенствовать оценку тяжести течения реактивно-дистрофической патологии слюнных желез и улучшить результаты лечения.

Материалы и методы.

Под нашим наблюдением и лечением находились 65 больных с реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез в возрасте от 30 до 70 лет, из них женщин было 35, мужчин – 30.

Все пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 35 человек (18 мужчин и 17 женщин). Всем больным 1-й группы одновременно с лечением общесоматической патологии проводились общепринятые лечебно-профилактические мероприятия направленные на повышение слюноотделения и уменьшение припухлости слюнных желез. Больным назначали десенсибилизирующее и общеукрепляющее лечение. Кроме того, проводили инстилляцию пораженной околоушной железы антисептическими растворами (фурацилин) и ферментными препаратами (химопсин, химотрипсин) с последующим введением антисептиков в выводной проток пораженной железы однократно в течение 5-7 дней, с последующим его заменой на 5% линимент циклоферона, который также вводился в выводной проток пораженной железы 1 раз в сутки в течение 5-7 дней.

Во 2-ю группу вошли 30 человек (12 мужчин и 18 женщин). Пациентам 2-й группы, дополнительно назначали фраксипарин (по 0.4 мл 1 раза в день, в/к) и ферментный препарат Вобэнзим. Для ферментотерапии основной группы больных использовали препарат Вобэнзим, содержащий ферменты растительного (папаин 60 мг, бромелаин 45 мг) и животного (трипсин 24 мг, химотрипсин 1 мг, панкреатин 100 мг) происхождения и 50 мг рутина. Больные принимали по 3 таблетки препарата 1 раз в день за 40 минут до еды в течение 10 дней. Назначение столь большого количества Вобэнзима объясняется его низкой абсорбцией в кишечнике.

Таблица 1

Упражнения ЛФК, рекомендуемые при реактивно-дистрофической патологии слюнных желез

Упражнения	Описание упражнения	Продолжительность
Для жевательных мышц	1. Открывание и закрывание рта из исходного положения сомкнутых челюстей. 2. Открывание и закрывание рта из положения резцового смыкания зубов. 3. Выдвигание нижней челюсти вперед. 4. Боковые движения челюстей. 5. Открывание рта с одновременным выдвиганием нижней челюсти вперед. 6. Выдвигание нижней челюсти вперед с одновременным и движениям в стороны. 7. Круговые движения нижней челюсти с включением мимических мышц.	2 мин каждое упражнение
Для мимических мышц	1. Собираение губ в трубочку. 2. Оттягивание верхней губы вниз. 3. Поднимание нижней губы вверх (достать верхнюю губу). 4. Максимальное смещение ротовой щели попеременно то вправо, то влево. 5. Круговое движение губ. 6. Прищуривание глаз с поднятием мышц скуловой области вверх. 7. Попеременное прищуривание левого (правого) глаза с поднятием мышц скуловой области.	3 мин каждое упражнение

Кроме вышеперечисленных лечебно-профилактических мероприятий проводили упражнения ЛФК (табл. 1) и лечебный массаж (табл. 2), которые осуществлялись ежедневно в течение 10-14 суток. Пациентам, страдающим сialозами физиотерапевтические процедуры, были противопоказаны из-за наличия сопутствующей коморбидной патологии.

Таблица 2

Комплекс приёмов лечебного массажа, рекомендуемый больным реактивно-дистрофической патологией слюнных желез

Прием	Описание приема
1-й	«Гусеничка». Легкие вдавливающие, перебирающие движения, проводятся 2-5-м пальцами. Движение начинается из-под подбородка по массажным линиям. Общая направленность - вверх ко лбу. Проходят по 3 раза по каждой линии.
2-й	«Гусеничка с притопом». Выполняется всеми пальцами обеих рук. Захват кожи происходит между большим пальцем и 2-5-ми пальцами обеих рук. 2-5-е пальцы движутся по массажным линиям «гусеничкой», большой палец, находясь на уровне между 2-м и 3-м пальцами, захватывая кожу на расстоянии пальца от них, осуществляет движение с мягким, но ощутимым давлением перпендикулярно коже. Это движение проводится по массажным линиям общим направлением от подбородка ко лбу. На уровне глаз и на лбу оно переходит в движение «гусеничка», проводимое 2-5-ми пальцами обеих рук.
3-й	«Вибрация». Выполняется 2-5-м пальцами обеих рук по массажным линиям строго перпендикулярно коже.
4-й	«Вибрация - цветок». Выполняется собранными вместе пятью пальцами в следующих местах: одной рукой - в центре под подбородком, в центре подбородка, одновременно двумя руками с каждой стороны лица - на жевательной мышце, на уголках рта, на скулах напротив козелка, на висках около внешних уголков глаз.

Пациентам обеих групп назначали соответствующую диету, а также полоскания полости рта теплой подкисленной водой. В период исследования у пациентов с реактивно-дистрофической патологией слюнных желез заменители слюны не использовали. Оценку степени тяжести клинического течения реактивно-дистрофической патологии слюнных желез, а также эффективности лечения проводили с помощью результатов клинико-лабораторных исследований.

Статистическую обработку полученных результатов проводили методом вариационной статистики, с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Анализ клинической симптоматики сialозов позволил разработать способ оценки степени тяжести клинического течения реактивно-

дистрофической патологии слюнных желез, а также методику для оценки эффективности проведенных лечебно-профилактических мероприятий.

Во время проведения и после курса лечения больных с реактивно-дистрофической патологией слюнных желез, отмечали улучшение общего самочувствия, нормализацию повышенного артериального давления, улучшения сна, общее успокаивающее воздействие, повышение настроения. Со стороны ЧЛО выявлено уменьшение отека мягких тканей вокруг СЖ, исчезновение дискомфорта, прекращение или уменьшение слюноотделения.

Частота встречаемости наиболее характерных жалоб с реактивно-дистрофической патологией слюнных желез, у больных в динамике лечения представлены в таблице 3.

Таблица 3

Динамика жалоб больных с реактивно-дистрофическими заболеваниями в процессе лечения

		До лечения (n=65)	1 группа (n=35)	2-группа (n=30)
Припухлость в области СЖ	Постоянная	38 (58,4%)	9 (25,7%)	2 (6,7%)
	Периодич.	24 (36,9%)	5 (14,3%)	0 (0%)
Боль в области СЖ	Выражен.	40 (61,5%)	5 (14,3%)	2 (6,7%)
	Невыраж.	22 (33,9%)	2 (5,71%)	0 (0%)
Сухость рта	Постоянная	35 (53,8%)	12 (34,3%)	8 (26,7%)
	Периодич.	31 (47,7%)	4 (11,4%)	0 (0%)

Анализ жалоб больных до проводимого лечения позволил, установить наличие однотипных проявлений. Так, до поступления в клинику, все пациенты отмечали припухлость в области СЖ, признак характерный для всех форм с реактивно-дистрофической патологией слюнных желез.

Данный симптом постоянно беспокоил 38 (58,4%) больных, а остальные 24 (36,9%) – указывали на периодическое увеличение железы. На фоне комплексного лечения припухлость в области СЖ оставалась только у одного больного.

На до госпитальном этапе, у 40 пациентов (61,5%) характеризовали болевой синдром как выраженный, а 22 пациента (33,9%) жаловались на не сильные боли и чувство неловкости в железе. У больных 3 группы боль в области СЖ выраженного характера встречалась только у 1 больного.

Если до проводимого лечения у 35 больных (53,8%) отмечалась постоянная сухость в полости рта, то периодическая проявляющаяся сухость во рту было отмечено у 31 (47,7%) больных. Если постоянная сухость в полости рта имел место у больных 2 группы у 8 (26,7%) больных, то сухость

рта периодического характера имела место у 0% больных.

Анализ выраженности местных проявлений с реактивно-дистрофической патологией слюнных желез, в динамике проводимого лечения показал, что у всех групп больных наблюдалась положительная динамика. Так, у больных получавших комплексное лечение припухлость практически исчезала.

При пальпации и массаже пораженной железы у пациентов из устья протока выделялся секрет, который оценивался качественно. Если до проводимой терапии, не измененной по качеству слюна была обнаружена у 15,3% пациентов, а у остальных больных при с реактивно-дистрофической патологией слюнных желез, представляла собой густую, мутную жидкость с примесью слизистых комочков и хлопьевидных включений.

После традиционного лечения при пальпации СЖ была безболезненной и мягкой у 37 (57%) больных, а в то же время как после применения ферментотерапии в комплексе с традиционным

лечением у 90% больных СЖ имела мягкую консистенцию и стала безболезненной.

При изучении сиалометрии смешанной

слюны у обследуемых больных наблюдалась положительная динамика изучаемых показателей (рис.1).

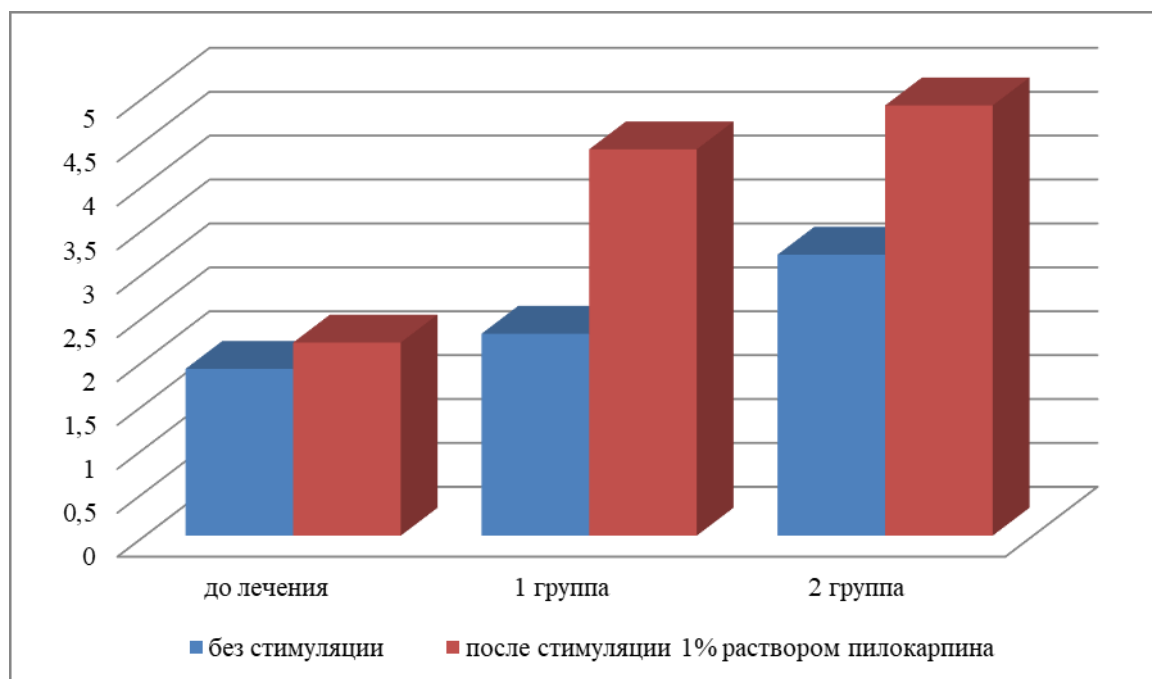


Рис.1. Показатели сиалометрии смешанной слюны (мл) до и после лечения

Как видно из данных рис.1, что у больных до лечения среднее количество смешанной слюны без стимуляции составило $1,91 \pm 0,6$ мл, после стимуляции – $2,24 \pm 0,62$ мл.

Анализ полученных результатов исследования представленной в таблице 4. показал, что после традиционной терапии, количество слюны без стимуляции повысился на 24%, и был равен $2,37 \pm 0,51$ мл. При комплексной терапии с включением фраксипарина, ферментотерапии и ЛФК, количество слюны была равна $3,11 \pm 0,47$ мл, что 62,8% больше исходных величин.

Как видно из представленных результатов исследования, повышение слюноотделения после стимуляции 1% раствором пилокарпина на фоне терапии отразилась на количестве выделяемой слюны.

Таким образом, при использовании в арсенале терапии сиалозов Вобэнзим и ЛФК отмечено снижение частоты местных и общих симптомов заболевания, восстановления секреторной функции СЖ, улучшение гигиенического состояния полости рта, что указывает на целесообразность используемой комплексной терапии.

Установлено, что наиболее значимыми клиническими симптомами реактивно-дистрофической патологии слюнных желез являются общее состояние больного, наличие увеличения слюнных желез, в том числе малых, данные оценки слюнных желез при пальпации и данные функции слюноотделения. Таким образом, на основании жалоб, анализа общего состояния и местного статуса у лиц, страдающих реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез, предложен способ оценки степени тяжести данной патологии в баллах, включающий следующие симптомы:

- общее состояние больного: удовлетворительное
- 0 баллов; слабость - 1 балл; слабость, недомогание
- 5 баллов;
- размеры слюнных желез: без видимой патологии
- 0 баллов; признаки увеличения одной слюнной железы (в том числе симметричное) - 1 балл; сочетанное увеличение нескольких слюнных желез, в том числе одновременно со слезными железами - 5 баллов;

– состояние слюнных желез при пальпации: обычной (мягкой) консистенции - 0 баллов; плотноэластической консистенции, безболезненные - 1 балл; плотные, бугристые, безболезненные - 5 баллов;

- характеристику малых слюнных желез: без видимой патологии - 0 баллов; отек слизистой оболочки в области устьев желез - 1 балл; отек и гиперемия слизистой оболочки в области устьев желез (железы зияют, имеется скудное гнойное отделяемое) - 5 баллов; - характеристику функции слюноотделения пораженных слюнных желез: нарушений функции слюноотделения нет (слюна прозрачная, в достаточном количестве) - 0 баллов; гипосаливия, секрет мутный, вязкий - 1 балл; выраженная гипосаливия (вплоть до отсутствия слюны при массаже слюнной железы) - 5 баллов.

Степень тяжести реактивно-дистрофической патологии слюнных желез определяют путем подсчета суммы баллов по всем симптомам: 0 баллов - нет патологии; 1-4 балла - заболевание легкой степени; 5-9 баллов - заболевание средней тяжести; 10- 25 баллов - патология тяжелой степени.

Эффективность лечения реактивно-дистрофической патологии слюнных желез определяли по формуле:

$$\text{Эффективность (\%)} = 100 (A - B) / A,$$

где А - сумма баллов степени тяжести течения заболевания до начала лечения; В - сумма баллов степени тяжести течения заболевания после проведенного лечения.

Клиническое использование предложенного способа определения степени тяжести течения и оценки эффективности лечения реактивно-дистрофической патологии у лиц старших возрастных групп показало его простоту в мануальном выполнении, удобство и приемлемость для использования в практике челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Так, до начала лечения в 1-й группе легкая степень реактиводистрофической патологии слюнных желез диагностирована у 2 человек, средняя - у 5, тяжелая - у 4. После проведенного лечения (16±2,6 сут) легкая степень выявлена у 3 больных, средняя и тяжелая по 4 человека в каждой. Средний показатель эффективности лечения у больных 1-й группы составил 26,73%. За время

стационарного лечения у пациентов 1-й группы улучшилось общее состояние, уменьшилась припухлость лица и сухость в полости рта.

Во 2-й группе легкая степень течения реактивно-дистрофической патологии слюнных желез до лечения выявлена также у 2 человек, средняя - у 5 человек, тяжелая - у 4 человек. Средний срок лечения пациентов 2-й группы, в комплексное лечение которых была дополнительно включена лечебная физическая культура, составил 14±2,3 суток. После проведенного лечения легкая степень течения патологии у больных 2-й группы выявлена у 4 человек, средняя - у 6, тяжелая - у 3. Средний показатель эффективности лечения у больных 2-й группы составил 31,63%. За время стационарного лечения у пациентов 2-й группы также улучшилось общее состояние, уменьшилась припухлость лица и сухость в полости рта.

Показано, что регулярное использование комплекса упражнений ЛФК и лечебного массажа в период стационарного лечения больных пожилого и старческого возраста, страдающих реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез, положительно влияет на динамику заболевания. Кроме того, применение упражнений ЛФК и лечебного массажа даёт возможность положительно влиять на крово- и лимфообращение, улучшая общий и местный обмен веществ в околожелюстных тканях и тканях полости рта, что способствует купированию воспалительных явлений больших слюнных желез.

Заключение. Применение комплексного лечения и ежедневном проведении комплекса упражнений ЛФК и лечебного массажа улучшает результаты стационарного лечения больных, страдающих реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез. Таким образом, комплексная терапия реактивно-дистрофической патологии слюнных желез у больных с диетой, санацией полости рта и фармакотерапией должна предусматривать применение упражнений ЛФК и массажа, что повышает эффективность стационарного лечения на 4,9%.

Резюме

В связи с тем, что различные виды **реактивно-дистрофических заболеваний слюнных**

желез имеют схожие клинические симптомы, во многих случаях очень сложно поставить диагноз. Поэтому для того, чтобы точно и быстро диагностировать воспалительные заболевания слюнных желез и корректировать методы комплексного лечения, необходимо использовать такие дополнительные методы исследования и т.д.

Ключевые слова: слюнные железы, ротовая жидкость, сиахоз, аутотромбоцитарная масса, монотерапия.

Summary

Due to the fact that different types of reactive-dystrophic diseases of the salivary glands have similar clinical symptoms, in many cases it is very difficult to make a diagnosis. Therefore, in order to accurately and quickly diagnose inflammatory diseases of the salivary glands and adjust the methods of complex treatment, it is necessary to use such additional research methods, etc.

Key words: salivary glands, oral fluid, sialosis, autothrombocyte mass, monotherapy.

Резюме

Сўлак безларининг реактив-дистрофик касалликларини ҳар хил турлари ўхшаш клиник белгиларга эга бўлганлиги туфайли кўп ҳолларда ташхис қўйиш жуда қийин кечади. Шунинг учун сўлак безларининг яллиғланиш касалликларини аниқ, тез ташхислаш ва мураккаб даволаш усулларини сошлаш учун бундай қўшимча тадқиқот усулларидан фойдаланиш керак ва ҳоказо.

Калит сўзлар: сўлак безлари, оғиз суюқлиги, сиахоз, аутотромбоцит массаси, монотерапия.

Литература

1. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р., Мешков В.М., Брестовицкий С.М.; Слюннокаменная болезнь: диагностика и лечение с использованием сиалолитотрипсии /Под общей ред. В.В.Афанасьева. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. - 2003.- 96 с.
2. Балуда В.П., Соколов Е.И., Балуда М.В. и др. Манжеточная проба в диагностике состояния сосудистого звена системы гемостаза // Гематол. и трансфузиол. -1987; 9: 51-53.
3. Блинова Т.В. Тромбоцитарно-сосудистый, коагуляционный гемостаз и

реологические свойства крови у больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. дисс... канд. мед. наук. Саратов. 1999; 20 с.

4. Денисов А.Б. Слюнные железы. Слюна. М.: РАМН. 2003. - 133 с.

5. Тарасенко Л.М., Суханова Г.А., Мищенко В.П., Непорада К.С. Слюнные железы (биохимия, физиология, клинические аспекты). Томск: Изд-во НТЛ, 2002. - 124 с.

6. Киричук В.Ф., Воскобой И.В., Ребров А.П. Взаимосвязь антитромбогенной активности стенки сосудов и свойств крови у больных нестабильной стенокардией. Тромбоз, гемостаз и реология. 2001; 5: 31-34.

7. Кузьмина О.Н. Микроциркуляторные изменения в условиях гипертрофии и патология прикрепления мягких тканей у подростков 13–15 лет с хроническим гипертрофическим гингивитом //VI Российская научно-практическая конференция «Профилактика стоматологических заболеваний. Медицинские изделия и материалы». – Казань, 2013. – С. 107–112.

8. Мамаева Е.В. Распространённость гипертрофического гингивита и возможные методы его профилактики //II Российская научно-практическая конференция «Профилактика стоматологических заболеваний и гигиена полости рта». – Казань, 2009. – С.64-68.

Juramuratovich H. S. MODERN METHODS OF DIAGNOSIS OF SALIVARY GLAND DISEASES // Academicia Globe: Inderscience Research. – 2021. – Т. 2. – №. 07. – С. 34-40.

Jumaev L. R., Hamraev S. J. ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF NOSOLOGICAL FORMS OF SALIVARY GLANDS // New Day in Medicine 3(35) 2021 15-18 <https://cutt.ly/EmVh6rz>

Jumayev L.R., Hamrayev S. J. FEATURES OF PLATELET MORPHOLOGY IN PATIENTS WITH SIALOSIS// WOC. - Vol. 2. - No. 07. – 2021. – P. 1 – 5.

Zhumaev L.R., System characteristics immunity in patients with sialosis // New Day in Medicine 2(30)2020 355-356 <https://cutt.ly/Gvg3nJu>

ПАСТКИ ЖАҒ СУЯГИ СИНИШИДА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ ТАДБИРЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ



Хасанов А.И., Хакимов А.А

Тошкент давлат стоматология институти

Юз-жағ соҳаси жароҳатлари орасида пастки жағ суяги синишлари энг кўп кузатилади (77% дан 95% гача) [2,3]. Охирги йилларда нафақат юз суяклари синган беморлар сони кўпайди, балки транспорт жароҳатлари ҳисобига тананинг бир неча соҳаси зарарланиши ва беморларнинг умумий ахvoli оғирлашиш кўрсаткичлари ҳам ўсди. Юз суяклари жароҳатланган беморлар стационар даволанаётган стоматологик беморларнинг 30% ини ташкил этади. Пастки жағ суяги синишини даволаш тарихи бир неча юз йилга бориб тақалади [1]. Бу ўтган вақт давомида бир неча даволаш усуллари ва фиксацияловчи қурилмалар ишлаб чиқилди, суяк тўқимаси регенерациясини тезлаштирувчи препаратлар ва физиотерапевтик усуллар таклиф этилди [1,4]. Адабиётлар маълумотларини ўрганиш натижасида пастки жағ суяги синиши ва уни даволаш муаммолари бўйича охирги йилларда каттагина ютуқларга эришилганлигини ҳулоса қилиш мумкин. Бир неча йиллар аввал бўлақларни доимий фиксациялаш асосан тиш усти халқасимон шиналари орқали амалга оширилган [4,5]. Бу усулда фиксациялаш ўзига яраша мусбат сифатларга эга бўлиши билан биргаликда мутахассисларга яхши маълум бўлган камчиларга ҳам эга. Жағ суяклари синишларини замонавий

даволаш суяк жароҳатларининг бирламчи битишини таъминловчи репаратив регенерация учун оптимал шароит яратишга асосланган. Жағ суяклари остеосинтези учун ишлаб чиқилган принциплар: бўлақларнинг аниқ репозицияси; бўлақлар синик юзаларининг бир-бирига тўлиқ тегиб туришини таъминлаш; бўлақларни турғун фиксациясига эришиш. Юқоридаги принципларга асосланиш эрта муддатда бирламчи суяк битишига эришишни таъминлайди. Бу талабларнинг барчасига ишлаб чиқарувчилар фикрича титан пластина ва минивинтлар жавоб беради [6,7].

Ишнинг мақсади

Пастки жағ суяги синишини даволашда импорт ўрнини босувчи Ўзбекистонда ишлаб чиқарилган минипластиналарни қўллаган ҳолда даволаш тадбирларини такомиллаштириш.

Материал ва методлар

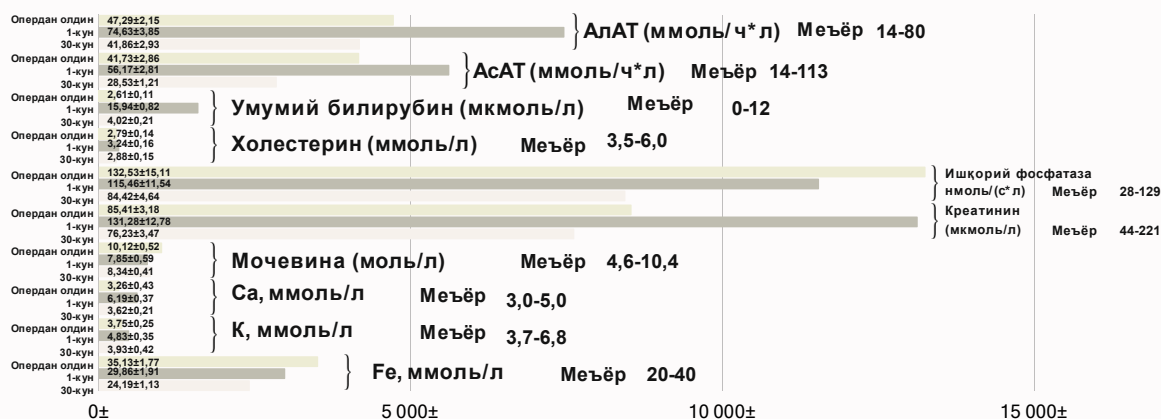
Тадқиқотни 2 та босқичда олиб бордик.

1-босқичда Тажрибада Ўзбекистонда ишлаб чиқарилган минипластинани 10 та қуённинг паски жағ суягига маҳкамланди ҳамда организмга токсикоморфологик таъсири ўрганилди. Тажриба Андижон давлат тиббиёт институти ҳайвонлар лабораториясида олиб борилди.



1-расм. Қуён пастки жағ суягига титан минипластина ва винтларни ўрнатиш.

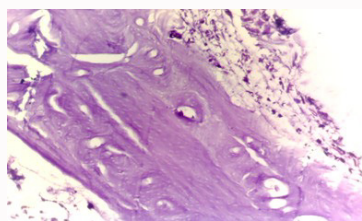
Мини пластина қўйилган қуёнлардан олинган қон биохимик таҳлилларининг динамик кўрсаткичлари (n=60)



Пирсон буйича χ^2 тести $4,69 \pm 0,13$ нисбий оғиши $p \leq 0,05$

2-расм. Қуёнлардан операциядан аввал ва операциядан кейинги 1, 3, 7, 14, 28 кунларда қон олиниб биохимик таҳлил ўтказилди.

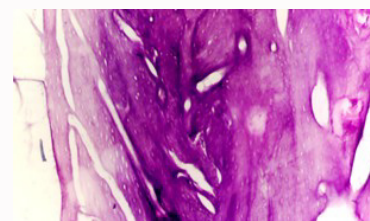
Морфологик текшиирув



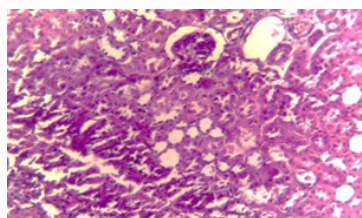
Суяк тўқимаси



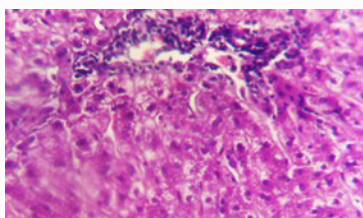
Суяк усти пардаси



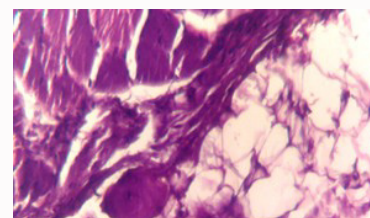
Мускул тўқимаси



Буйрак



Жигар тўқимаси

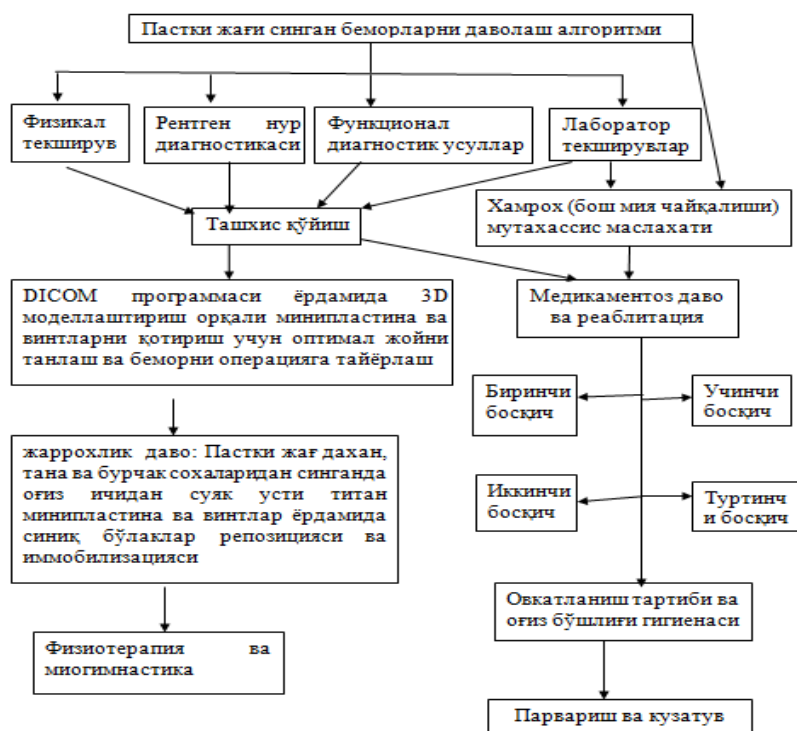


Юрак тўқимаси

3-расм. Қуёнлар операциядан кейинги 28-кунда декапитация усули билан жонсизлантирилди. Маҳаллий ва ички органлар тўқималаридан кесмалар олиниб морфологик текширилди.

Тадқиқотнинг 2-босқичида пастки жағ суяги тана ва бурчак соҳаларидан синган 129 та бемор анъанавий ва таклиф этилган усулларда даволанди. Даволаш натижалари ўрганилди ва таққосланди. Беморларнинг 61 таси (назорат гуруҳи) анъанавий усулда даволанди, яъни бимаксилляр шина тақилди ва оғиздан ташқари кесма билан синиқ бўлаклари титан минипластина ва винтлар

ёрдамида остеосинтез қилинди. Беморларнинг 68 тасида эса (асосий гуруҳ) операциядан аввал 3D моделлаштириш ёрдамида пластина ва винтларни пастки жағ биомеханикасига асосланган ҳолда маҳкамлаш учун оптимал жой белгилаб олинди. Оғиз ичи кесмаси билан синиқ бўлаклари титан минипластина ва винтлар ёрдамида остеосинтез қилинди.



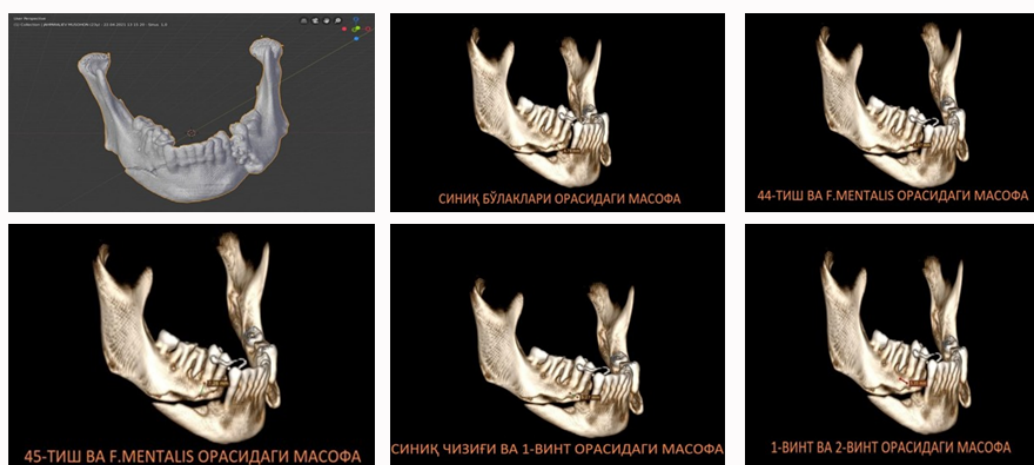
4-расм. Пастки жағ суяги тишлар қатори ва бурчак соҳаларидан синганда биз таклиф этган даволаш алгоритм ва усул бўйича олган патентимиз.

Пастки жағ суяги тана ва бурчак соҳаларидан синганда таклиф этган даволаш усулимиз: операциядан аввал 3D моделлаштириш ёрдамида пластина ва винтларни пастки жағ биомеханикасига асосланган ҳолда маҳкамлаш учун оптимал жой белгилаб олина. Оғиз ичи кесмаси билан синиқ бўлаклари титан минипластина ва винтлар

аввалдан белгиланган жойларга маҳкамланиб остеосинтез амалга оширилади. Натижада тиш илдизлари ва *canalis mandibularis* зарарланмайди ҳамда бимаксилляр шиналарсиз даволаш имкони пайдо бўлади.

1 бемор мисолида кўриб чиқамиз.

**ТАШХИС: ПАСТКИ ЖАҒ СУЯГИНИНГ 2 ТОМОНЛАМА 34,35 ВА 43,44
ТИШЛАР СОХАСИДАН СИНИҚ СИЛЖИШИ**



Натижа ва хулосалар

Операциядан кейинги беморлар ҳолати қуйидаги мезонлар бўйича баҳоланди: бимаксилляр фиксация вақти, пародонт тўқимаси жароҳати, теридаги иккиламчи чандик,

жароҳатнинг иккиламчи битиши, жароҳатдан кейинги остеомиелит, ўтказилган манипуляцияга боғлиқ ҳолда соматик касалликлар зўрайиши, чайнов функциясининг тикланиши, меҳнат фаолиятининг тикланиши.

Пастки жағ суяги тана ва бурчак сохаларидан синган, анъанавий (n=61) ва **таклиф этилган** (n=68) усулда даволанган беморлар даволаш натижалари



Хулосалар

1. Ўзбекистонда ишлаб чиқарилган минипластина ва винтларни куёнларнинг пастки жағ суягига маҳкамлангандан сўнг куёнларнинг қони биокимёвий текширувлардан ўтказилганда интоксикацияга хос ўзгаришлар аниқланмади. Хулоса Ўзбекистонда тшлаб чиқарилган титан минипластиналар тирик организмга токсикологик томондан безарар.

2. Куёнлар пастки жағ суягига Ўзбекистонда ишлаб чиқарилган минипластина ўрнатилгандан 28 кундан кейин операция ўтказилган соҳа суяк ва юмшоқ тўқималари морфологик текширилганда регенерация жараёнлари бирламчи битиши билан намоён бўлганлиги аниқланди. Ички аъзолари морфологик текширилганда эса титаннинг салбий таъсирлари кайд этилмади.

3. Пастки жағ суяги даҳан, тана ва бурчак сохаларидан синишини даволашда таклиф этилаётган 3D моделлаштириш усулидан фойдаланган ҳолда жағ синиқ бўлақларини Champy таклиф этган чизиқни модификация қилиниб ҳар бир соҳага пастки жағ биомеханикасига асосланган ҳолда остеосинтез учун мақбул жойни танлашга имкон берди. Бу ўз навбатида минипластина ва

винтларни тиш илдизлари ва canalis mandibularis ни зарарламасдан ўрнатиш имконини берди.

4. Пастки жағи синган беморларни таклиф этилган усулда даволаш анъанавий усулда даволанган беморларга нисбатан оғиз бўшлиғи микрофлорасининг 30-35% га камайишига олиб келди. Бу эса яллиғланиш асоратларининг камайишига сабаб бўлди.

5. Пастки жағ суяги тана ва бурчак сохаларидан синган беморларни биз таклиф қилган алгоритм билан даволаш беморларни шифохонада ётиб даволаниш вақтини 2 баробарга қисқартирди. Меҳнат қобилиятининг ва чайнов функциясининг тикланиш муддатини 2 баробар тезлаштирди.

Адабиётлар

1. Хакимов А.А. Пастки жағ суяги тиш қатори соҳасидан синганда қўлланиладиган даволаш усуллари таққослаш // Тиббиётда янги кун. – 2020. – №2 (30). – 587-588 б.

2. Хасанов А.И., Хакимов А.А., Абобакиров Д.М. Внутриворотной остеосинтез переломов нижней челюсти // Стоматология. – 2019. – №4 (77). – С. 31-35.

3. Хасанов А.И., Хакимов А.А., Абобакиров Д.М. Современные методы остеосинтеза нижней

челюсти // Стоматология. – 2020. – №1 (78). – С. 82-87.

4. Alpert B., Engelstad M., Kushner G.M. Invited review: small versus large plate fixation of mandibular fractures // J. Craniomaxillofac. Trauma. – 1999. – Vol. 5, №3. – P. 33-39.

5. Barber H.D., Woodbury S.C., Silverstein K.E. Mandibular fractures // Oral Maxillofac. Trauma. – 1991. – Vol. 123. – P. 473-526.

6. Collins C.P., Pirinjian-Leonard G., Tolas A. A prospective randomized clinical trial comparing 2.0 mm locking plates to 2.0 mm standard plates in treatment of mandible fractures // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2004. – Vol. 62, №11. – P. 1392-1395.

7. Gardner K.E., Aragon S.B. The mandibular fracture // ENT Secrets. Hanley & Belfus, 1996. – P. 302-309.

Цель: улучшение лечения переломов нижней челюсти с использованием импортных минипластин узбекского производства.

Материал и методы: исследование проводили в 2 этапа. На первом этапе эксперимента к нижней челюсти 10 кроликов прикрепляли минипластину узбекского производства и изучали ее токсикоморфологическое воздействие на организм. На 2-м этапе у 61 больного (контрольная группа) применялось традиционное лечение. У 68 пациентов (основная группа) перед операцией с помощью 3D-моделирования определяли оптимальное место фиксации пластины и винтов с учетом биомеханики нижней челюсти.

Результаты: фиксация имеет свои положительные качества, а также недостатки, которые хорошо известны специалистам: повреждение тканей пародонта; обострение желудочно-кишечных заболеваний у больного из-за длительных расстройств пищевого поведения; нарушение гигиены полости рта; коктейльная активность пациента требует много времени для восстановления.

Выводы: лечение переломов нижней челюсти без брекетов обеспечивает пациенту необходимый комфорт.

Ключевые слова: остеосинтез, перелом, кость нижней челюсти, 3D-моделирование, титановая минипластина, минивинт, лечение.

Maqsad: O'zbekistonda ishlab chiqarilgan xorijdan olib kelinadigan miniplastikalardan

foydalangan holda jag' suyagi sinishlarini davolashni takomillashtirish.

Material va metodlar: tadqiqot 2 bosqichda o'tkazildi. Tajribaning birinchi bosqichida 10 ta quyonning pastki jag'iga O'zbekistonda ishlab chiqarilgan miniplata yopishtirilib, uning organizmga toksikomorfologik ta'siri o'rganildi. 2-bosqichda 61 nafar bemor (nazorat guruhi) an'anaviy davolanishdan o'tkazildi. 68 bemorda (asosiy guruh) operatsiyadan oldin, 3D modellash tirishdan foydalangan holda, pastki jag'ning biomexanikasini hisobga olgan holda, plastinka va vintlarni mahkamlash uchun maqbul joy aniqlandi.

Natijalar: fiksatsiya o'zining ijobiy fazilatlari bilan bir qatorda mutaxassislariga yaxshi ma'lum bo'lgan kamchiliklarga ega: periodontal to'qimalarga zarar etkazish; uzoq muddatli ovqatlanish buzilishi tufayli bemorda oshqozon-ichak kasalliklarining kuchayishi; og'iz gigienasini buzish; bemorning kokteyl faoliyati tiklanishi uchun uzoq vaqt talab etiladi.

Xulosa: pastki jag' suyagi sinishlarini qavssiz davolash bemorga zarur qulaylikni ta'minlaydi.

Kalit so'zlar: osteosintez, sinish, pastki jag' suyagi, 3D modellash tirish, titan miniplata, mini vida, davolash.

Objective: To improve the treatment of mandibular fractures using imported Uzbek-made miniplates.

Material and methods: The study was carried out in 2 stages. At the first stage of the experiment, a miniplate of Uzbek production was attached to the lower jaw of 10 rabbits and its toxicomorphological effect on the body was studied. At the 2nd stage, 61 patients (control group) received traditional treatment. In 68 patients (main group), before surgery, using 3D modeling, the optimal place for fixing the plate and screws was determined, taking into account the biomechanics of the lower jaw.

Results: Fixation has its positive qualities, as well as disadvantages, which are well known to specialists: damage to periodontal tissues; exacerbation of gastrointestinal diseases in a patient due to long-term eating disorders; violation of oral hygiene; the patient's cocktail activity takes a long time to recover.

Conclusions: The treatment of mandibular fractures without braces provides the patient with the necessary comfort.

Key words: osteosynthesis, fracture, mandibular bone, 3D modeling, titanium miniplate, miniscrew, treatment.

ЮЗ СУЯКЛАРИНИНГ ҚЎШМА ЖАРОҲАТЛАРИДА БУРУН ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ



Боймуратов Ш.А., Каримбердиев Б.И.

Тошкент тиббиёт академияси

Долзарблиги. Юз-жағ соҳаси қўшма жароҳатларида калла суяклари, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг биргаликда шикастланишлари туфайли шифохоналар жонлантириш бўлимларида йилдан йилга беморлар сони ошиб бораётганлиги амалиётда кузатилмоқда. Даволаниш жараёнларида эса бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини шикастланиш ҳолатларини барвақт ташхислаб, асосланган даволаш тадбирларини ўз вақтида ўтказилмаганлиги сабабли иккиламчи ўта оғир асоратлар вужудга келиши кузатилмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра қўшма сабабли беморлар ўлими саратон ва юрак -қон томир тизими касалликларидан кейинги учинчи ўринда туради.

Юқори нафас йўллари жумладан бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари деворларини қоплаган шиллиқ қаватлар деярли бир бутун физиологик фаолиятда бўлади. Қўшма шикасланишларида эса бу тизим функциясини бузилиши кузатилади. Буни шундай ифодалаш мумкин шиллиқ қаватлар сатҳини қоплаган киприкли эпителий фаоллигининг заифланиши шилимшиқ ажралмаларни таркибини ўзгариши аъзодаги ўз- ўзини тозалаш яни эвакуацияни жараёнини издан чиқишига олиб келади. Бу эса касалликнинг асоратланишларини илк ривожланиш босқичлари пайдо бўлишини билдиради.

Тадқиқот мақсади: Юз суякларининг қўшма жароҳатлари бор беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатларини эрта ташхислаш.

Материал ва текшириш усуллари. Бизни кузатувимиз остида 84 нафар юз суякларини қўшма жароҳати ва бурун ёндош бўшлиқларини жароҳати бўлган беморлар бўлди. Улардан 58

нафарини эркаклар, қолган 26 нафарини эса аёллар ташкил қилди. Беморларни ёши 20-62 ёш оралиғида бўлди. Барча беморлар жароҳат олгандан сўнг 1 сутка ичида шифохонага ётқизилган, беморларга жароҳатдан сўнг тез тиббий ёрдам кўрсатилган ва шифохонада кўрсатма бўйича ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатилган, беморлар травматология, оториноларингология ва юз – жағ жароҳлиги бўлимларида даволанишди. Беморларга клиник лаборатор текшириш усуллари бажарилди. Бурун ёндош бўшлиқларини эрта ташхислаш мақсадида уларга Мултиспирал компьютер-томография (МСКТ), бурун ёндош бўшлиқларини тўғри проекциясида рентген сурати, ортопантомография усуллари қўлланилди. Текширувда бўлган беморларни биз 2 гуруҳ бўлдик:

1-гуруҳни 38 нафар бемор ташкил қилди, ушбу беморларда калла суякларини кранифациал жароҳатлари бўлган беморлар ташкил қилди.

2-гуруҳни 46 нафар юз суякларини қўшма фациал жароҳатлари бўлган беморлар ташкил қилди.

Олинган натижалар ва уларни таҳлили. Олинган натижаларни таҳлили шуни кўрсатдики, 1 гуруҳ беморларида кранифациал жароҳатлари мавжуд бўлиб, уларда калла суягини турли жароҳатлари бўлганлиги сабабли, уларда бош миянинг турли хил шикастланишларининг клиник белгилари номоён бўлди. 1 –гуруҳ беморларидан 12 (31,5%) нафари оғир аҳволда хушсиз бўлганлиги учун уларда нур ташхиси усуллари қўллашни иложи бўлмади, уларга клиник ташхис қўйилди. Беморларни 14 (36,2%) нафарига ортопантомограмма, 8 нафарига (21%) МСКТ, қолган 4 нафари (10,5%) га эса бурун ёндош бўшлиқларини тўғри проекцияда рентген сурати қилинди.

Биринчи гуруҳ беморларни 28 нафари (73,2%)да юқори жағ бўшлиғи деворларини зараланганлиги, ва унда гематома борлиги аниқланди. 6 нафар (15%)да пешона бўшлиғи деворларини синиши, 4 нафар (10,5%) беморларда эса бошқа бўлиқлар (асосий ва ғалквирсимон)нинг жароҳати кузатилди.

Ушбу беморларни 10% бош миянинг оғир даражадаги лат ейиши, 25% беморларда бош миянинг ўрта даражадаги лат ейиши, қолган 65% беморларда эса бош миянинг енгил даражадаги чайқалиши кузатилди. 4 нафар бемор (10,5%) хушсиз кома ҳолатида, 8 нафар бемор (21%) сопор ҳолатида бўлди. Қолган 26 нафар беморлар (68,5%) хушида бўлди. Жароҳатдан кейин беморларни 20 нафари (51%) да бурундан қон кетиши, 1 нафар беморда эса носоликворрея диагностика қилинган. Биринчи гуруҳ беморларни барчасига (100%) бирламчи тез тиббийт ёрдам кўрсатилган. Шундан беморларга қон тўхтатиш, шокка қарши терапия, артериал қон болсимини мутадиллаштириш, ва симптоматик даво чоралари ўтказилган. Ушбу гуруҳни 22 нафар (58%) беморларга бурун суяклари репозицияси, 12 нафар беморга (31,5%), ёноқ суякларини репозицияси, 4 нафар беморга (10,5%) кўз косаси пастки девор репозицияси операцияси ўтказилди.

2 гуруҳ беморларида фациал жароҳатлар мавжуд бўлиб, ушбу гуруҳда юз суякларини турли жароҳатлар учради. Ушбу гуруҳ беморларда калла суяги жароҳатлари учрамади, лекин бош миянинг турли хил шикастланишларининг клиник белгилари номоён аниқланди. 2 –гуруҳ беморлар орасида хушсиз бўлганлари аниқланмади, уларни барчаси ўрта ва енгил оғирликда эди. Ушбу гуруҳ беморларини 24 (52,3%) нафарига ортопантомограмма, 19 нафарига (46,2%) МСКТ, қолган 3 нафари (1%) га эса бурун ёндош бўлиқларини тўғри проекцияда рентген сурати қилинди.

Иккинчи гуруҳ беморларни 32 нафари (69,5%)да юқори жағ бўшлиғи деворларини зараланганлиги, ва унда гематома борлиги аниқланди. 12 нафар (26,5%)да пешона бўшлиғи деворларини синиши, 2 нафар (0,5%) беморларда эса бошқа бўлиқлар (асосий ва ғалквирсимон) нинг жароҳати кузатилди. Ушбу беморларни 39% бош миянинг енгил даражадаги зарарланиши, қолган 61% беморларда эса бош миянинг енгил даражадаги чайқалиши кузатилди. Иккинчи гуруҳ беморларни барчасига (100%) бирламчи тез тиббийт ёрдам кўрсатилган. Шундан

беморларга қон тўхтатиш, шокка қарши терапия, артериал қон болсимини мутадиллаштириш, ва симптоматик даво чоралари ўтказилган. Ушбу гуруҳни 36 нафар (82,4%) беморларга бурун суяклари репозицияси, 8 нафар беморга (17,5%), ёноқ суякларини репозицияси, 2 нафар беморга (0,5%) кўз косаси пастки девор репозицияси операцияси ўтказилди.

Хулоса қилиб, шуни таъкидлаш жоизки, юз суякларини кўшма жароҳатларида бурун ёндош бўлиғининг турли хил синишлари кузатилади. Натижалар таҳлилига кўра биринчи гуруҳда яъни краниофациал жароҳатларда 58% беморларга бурун суякларининг синишлари, ва юқори жағ бўшлиғи деворларининг синишлари, 31,5% беморларда эса ёноқ суякларини синишлари, 10,5% беморда эса кўз косаси пастки деворининг синиши кузатилган. Иккинчи гуруҳни 82,4% беморларида бурун суяклари синишлари, 17,5% беморда эса ёноқ суякларини синишлари, 0,5% беморларда эса кўз косаси пастки деворини синишлари кузатилди. Бурун ёндош бўлиқларини синишларини эрта таххислаш учун энг самарали усуллардан МСКТ, ортопантомограмма ҳисобланади. Ушбу текшириш усулларини қўллаш синишни характерини аниқлаш ва асоартларни оодини олишга хизмат қилади.

Адабиётлар руйхати

1. Ашуров З. Н., Каримбаев Ш. Б. Анализ травматизма среди населения по данным Наманганского филиала РНЦЭМП // Актуальные проблемы нейрохирургии: Материалы научно - практической конференции. - Ташкент, 2008. - С. 66-67.
2. Багненко С. Ф. Дорожно-транспортный травматизм как медико-социальная проблема // Скорая медицинская помощь. - 2007. - Том 8, №1. - С. 5-11.
3. Байриков И. М., Трунин Д. А. Совершенствование травматологической помощи больным с механическими повреждениями челюстно-лицевой области // Технологии XXI века в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - Тверь, 2008. - С. 18-21.
4. Боймуратов Ш.А. К вопросу диагностики посттравматическими дефектами и деформациями носа // Stomatologiya.- Ташкент, 2009.-№1-2.-С.61-63.
5. Боймуратов Ш.А. К вопросу об оказании своевременной помощи больным с сочетанными травмами костей средней зоны лица и черепа // Stomatologiya.-Ташкент, 2008.-№3-4.-С.44-47.

6. Буланова Т. В., Садовский И. М. К вопросу о диагностике множественных травм головы // I международной конференции, посвящённой 10-летию Академии медико-технических наук РФ. - Ереван, 2003. - 64 с.

7. Бутров А. В., Галенко С. В. Комбинированные гипертонические растворы в интенсивной терапии критических состояний // Новости анестезиологии и реаниматологии. - 2007. - №1. - С. 57-60.

8. Верховский А. И., Куршакова И. В. Сочетанная механическая травма. Сочетанная черепно-мозговая травма: Учебно-методическое пособие. - СПб; НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, 2007. - Вып. 19. - 59 с.

Гандылян К.С. и др. Механизмы адаптации у больных с сочетанной черепно-лицевой травмой // Кубанский научный медицинский вестник. - 2014. - №6. - С. 61 - 65.

Елисеева Е.В. и др. Адаптация больных, перенесших черепно-лицевую травму // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2014. - №4. - С.13-17.

Izhaeva F., Sukhinin M., Eliseeva E., Karpov S. Craniofacial trauma and its influence on the psychoneurotic status of the patient. (European Science and Technology «The VII international research and practice conference» Munich, Germany 2014 April 23h – 24th. P.561-563.

Studel W. I., Cortbus F., Strowifzki M. et al. Epidemiology and prevention of total head injuries in Germany trends and the impact of the reunification // Acta Neurochir. (Wein). - 2005. - Vol. 147, №3. - P. 231-242.

Waydhas C., Seekamp A., Sturm J. A. The trauma surgeon's role in intensive care // Chirurg. - 2006. - Vol. 77, №8. - P. 682-686.

Weninger P., Trimmel H., Nau T. et al. Polytrauma and air rescue. A retrospective analysis of trauma care in eastern Austria exemplified by an urban trauma center // Unfallchirurg. - 2005. - Vol. 108, №7. - P. 559-566.

Zhao X., Kong L. W., DU D. Y. et al. X J. Analysis on care outcome of patients with polytrauma and coma // Chin. J. Traumatol. - 2007. - Vol. 10, №1. - P. 53-58.

Резюмеси. Юз-жағ соҳаси қўшма жароҳатларида калла суяклари, бурун ва бурун ёндош бўшлиқларининг биргаликда шикастланишлари туфайли шифохоналар жонлантириш бўлимларида йилдан йилга беморлар сони ошиб бораётганлиги амалиётда

кузатилмоқда. Даволаниш жараёниларида эса бурун ва бурун ёндош бўшлиқларини шикастланиш ҳолатларини барвақт ташхислаб, асосланган даволаш тадбирларини ўз вақтида ўтказилмаганлиги сабабли иккиламчи ўта оғир асоратлар вужудга келиши кузатилмоқда. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг маълумотларига кўра қўшма сабабли беморлар ўлими саратон ва юрак -қон томир тизими касалликларидан кейинги учинчи ўринда туради.

Юқори нафас йўллари жумладан бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари деворларини қоплаган шиллиқ қаватлар деярли бир бутун физиологик фаолиятда бўлади. Қўшма шикасланишларида эса бу тизим функциясини бузилиши кузатилади. Буни шундай ифодалаш мумкин шиллиқ қаватлар сатҳини қоплаган киприкли эпителий фаоллигининг заифланиши шилимшиқ ажралмаларни таркибини ўзгариши аъзодаги ўз- ўзини тозалаш яни эвакуацияни жараёнини издан чиқишига олиб келади. Бу эса касалликнинг асоратланишларини илк ривожланиш босқичлари пайдо бўлишини билдиради.

Резюме. На практике наблюдается рост числа пациентов в реанимационных отделениях больниц из года в год травм черепа, травм носа и околоносовых пазух при сочетанных травмах костей лицевого скелета. В процессе лечения наблюдаются вторичные и тяжелые осложнения из-за отсутствия своевременного ранней диагностики травм и лечения травм носа и околоносовых пазух. По данным Всемирной организации здравоохранения, совместная смертность является третьей по значимости причиной смерти после рака и сердечно-сосудистых заболеваний.

Слизистые оболочки, выстилающие стенки носовой полости и околоносовых пазух, включая верхние дыхательные пути, участвуют почти во всей физиологической деятельности. Однако при сочетанных травмах наблюдается дисфункция этой системы. Это может выражаться в ослаблении активности мерцательного эпителия, покрывающего поверхность слизистых оболочек, изменение состава слизистых выделений приводит к нарушению процесса самоочищения, т.е. эвакуации в органе. Это означает, что появляются первые стадии развития осложнений заболевания.

Summary. In practice, there has been an increase

in the number of patients in intensive care units of hospitals from year to year for cranial injuries, injuries to the nose and paranasal sinuses with combined injuries of the bones of the facial skeleton. In the course of treatment, secondary and severe complications are observed due to the lack of timely early diagnosis of injuries and treatment of injuries to the nose and paranasal sinuses. Co-mortality is the third leading cause of death after cancer and cardiovascular disease, according to the World Health Organization.

The mucous membranes lining the walls of the

nasal cavity and paranasal sinuses, including the upper respiratory tract, are involved in almost all physiological activity. However, with concomitant injuries, dysfunction of this system is observed. This can be expressed in a weakening of the activity of the ciliated epithelium covering the surface of the mucous membranes, a change in the composition of mucous secretions leads to a disruption of the self-cleaning process, i.e. evacuation in the body. This means that the first stages of the development of complications of the disease appear.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-93>

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ



Хасанова Л.Р.

АНО ДПО «Башкирский медицинский институт», Уфа (Россия)

Новые технологии в стоматологии в настоящее время позволяют на качественно новом уровне подойти к проблеме ортопедического лечения полной и частичной адентии. Благодаря внедрению в клиническую практику дентальной имплантации расширяются показания к несъемному зубному протезированию.

Успех дентальной имплантации во многом зависит от правильного выбора дизайна имплантата и точности определения плотности костной

ткани в области предстоящей операции. Точное определение плотности костной ткани возможно только при использовании цифровых дентальных рентгеновских аппаратов. При этом благодаря встроенной программе легким движением мышки компьютера проводится линия в исследуемой области, и на мониторе появляется график-денситограмма, на котором четко видна плотность костной ткани в виде плотностного профиля по длине всей проведенной линии (рис. 1).

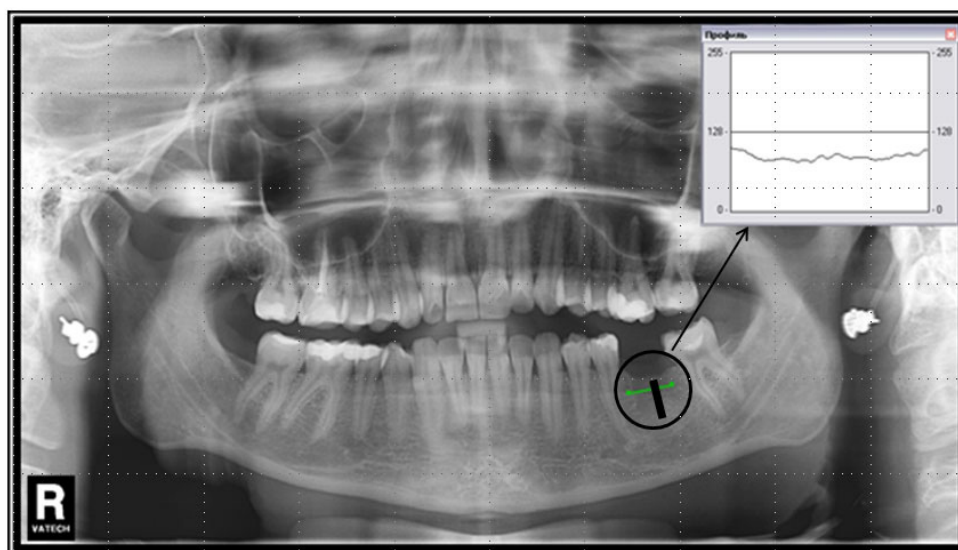


Рис. 1. Ортопантомограмма и денситограмма в области отсутствующего 3.6 зуба.

При наличии такой информации о плотности костной ткани легко подобрать необходимый дентальный имплантат. Кроме того, впоследствии, после проведенной операции можно оценивать динамику остеоинтеграции установленного имплантата, что помогает определить сроки начала протезирования дефекта зубного ряда с опорой на установленные имплантаты.

В норме после установки дентального имплантата на денситограмме вокруг имплантата, то есть на границе «кость-имплантат», мы видим характерную ямочку (точка А) (рис. 2). Если операция выполнена правильно, то в динамике на рентгенологических снимках определяется постепенное исчезновение этой ямочки «А» за счет образования новой костной ткани. В

идеальном случае перед началом ортопедической части лечения пациента эта ямочка, т.е. точка «А», должна исчезнуть, и вокруг установленного дентального имплантата мы увидим костную ткань, более плотную, чем на участках, более отдаленных от дентального имплантата, т.е. появляется характерный бугорок «В» (рис. 3). Появление такого бугорка указывает на успешную остеоинтеграцию, и врач-стоматолог ортопед может начать протезирование зубного ряда с опорой на дентальный имплантат. Как известно, при успешной остеоинтеграции имплантат фиксируется к окружающей костной ткани не только механически, но и за счет врастания в его неровности и поры окружающей костной ткани.

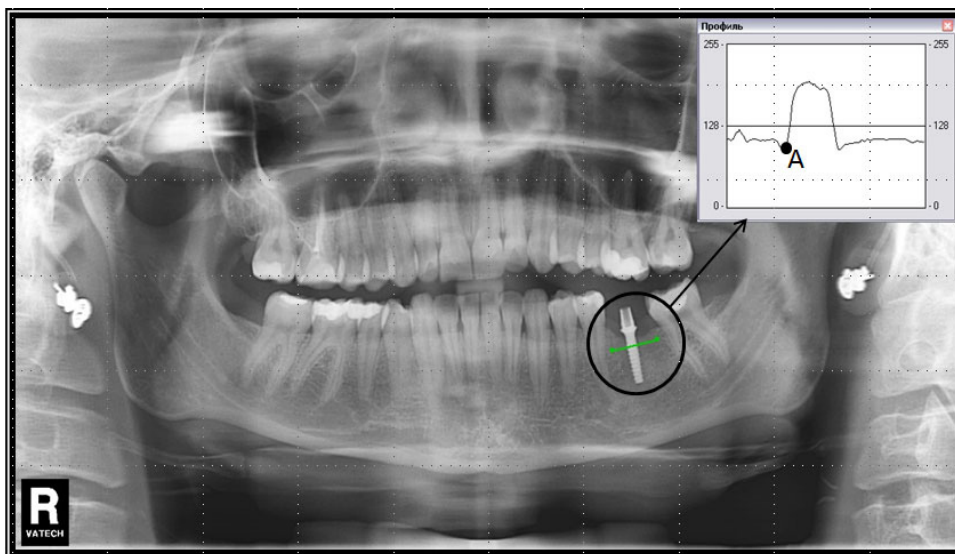


Рис. 2. Ортопантомограмма и денситограмма пациентки Б. на 7-е сутки после операции.

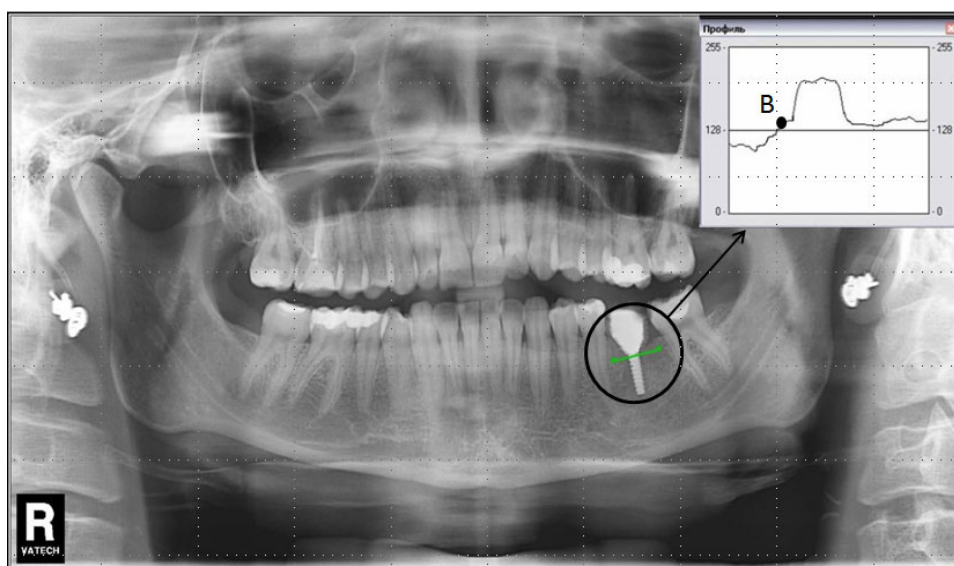


Рис. 3. Ортопантомограмма и денситограмма пациентки Б. через два месяца после операции.

В настоящее время при недостаточном объеме костной ткани в дентальной имплантации часто применяются различные остеопластические материалы. Как известно, после установки в челюсть эти трансплантаты в независимости от их происхождения (аллогенные, аутогенные, синтетические) постепенно рассасываются, т.е. снижается их рентгенологическая плотность, а затем эти трансплантаты замещаются собственной костной тканью пациента. Во время операции дентальной имплантации с костной пластикой очень важно, чтобы операция была проведена после полного замещения трансплантатов собственной костной тканью пациента. Это связано с тем, что в обеспечении стабильности имплантатов, наряду с механической фиксацией, весьма важную роль играют происходящие на границе «кость-имплантат» биологические процессы, результатом которых является фиксация установленных имплантатов за счет

остеоинтеграции. При этом информативным является метод измерения плотностного профиля пересаженного трансплантата для изучения его состояния после операции.

Нами на базе ООО НИИ пересадки зубов «Витадент» с целью увеличения объема альвеолярного отростка 93 пациентам были пересажены остеопластические материалы (аллогенный, аутогенный, синтетический). В динамике у этих пациентов рентгенологическим методом измеряли плотность установленных трансплантатов. Проведенные исследования показали, что синтетические трансплантаты изначально имели высокую рентгенологическую плотность (140 у.е.), которая оставалась неизменной в течение полугода. При пересадке ауто- и алломатериалов уже через один месяц после операции их рентгенологическая плотность снизилась до 60-65 у.е. и восстановилась только через 6 месяцев после операции (рис. 4).

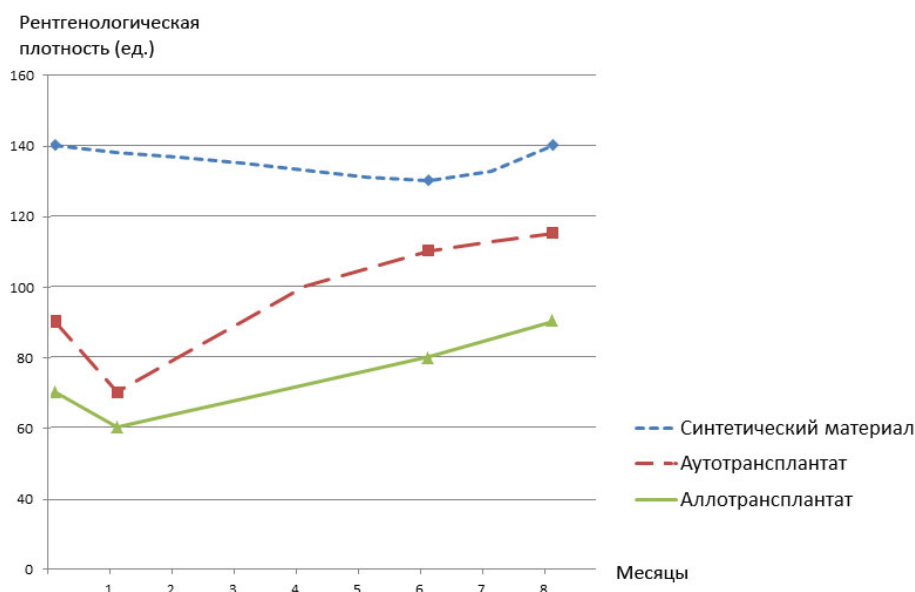


Рис. 4. Рентгенологическая плотность различных трансплантатов после пересадки их в челюсть пациента.

На основании полученных данных можно делать вывод, что при дентальной имплантации в качестве остеопластического материала оптимально использовать синтетические трансплантаты, что в последующем было доказано в условиях эксперимента при изучении трансплантатов гистологическим методом. Замещение синтетического остеопластического материала собственной костной тканью пациента происходит более равномерно, без резких снижений плотности.

Таким образом, рентгенологические методы

диагностики при дентальной имплантации являются одним из неотъемлемых и обязательных методов обследования пациента.

Литература

1. Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Серова Н.С. и др. Лучевая диагностика повреждений верхнечелюстной пазухи при стоматологической имплантации // Радиология-2009: Материалы 3-го Всерос. нац. конгресса лучевых диагностов и терапевтов. – М., 2009. – С. 279-280.
2. Васильев А.Ю., Серова Н.С., Потрахов Н.Н. и др. Интраоперационная

микрофокусная рентгенография в решении задач стоматологической имплантологии // Воен.-мед. журн. – 2009. – №6. – С. 73-74.

3. Петровская В.В. Лучевая диагностика в стоматологии: Учеб. пособие. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 176 с.

4. Перова Н.Г., Серова Н.С., Петровская В.В. Лучевая диагностика в планировании стоматологической имплантации // Невский радиологический форум-2009: Сб. науч. работ. – СПб, 2009. – С. 401-402.

5. Петровская В.В., Серова Н.С., Перова Н.Г. Возможности микрофокусной радиовизиографии на интраоперационном этапе дентальной имплантации // Невский радиологический форум – 2009: Сб. науч. работ. – СПб, 2009. – С. 406-407.

6. Петровская В.В., Серова Н.С., Перова Н.Г. Экспериментальное обоснование возможностей микрофокусной рентгенографии в изучении процессов регенерации костной ткани при дентальной имплантации // Радиология-2009: Материалы 3-го Всерос. нац. конгресса лучевых диагностов и терапевтов. – М., 2009. – С. 286.

7. Робустова Т.Г., Базилян Э.А., Ушаков А.И. и др. Комплексный клинико-рентгенологический подход при реконструктивных операциях и синус-лифтинге в области верхней челюсти для дентальной имплантологии // Рос. стоматол. – 2009. – Т. 1, №1. – С. 61-68.

8. Серова Н.С. Анализ диагностической эффективности лучевых методов исследования в стоматологической имплантологии // Радиология-2009: Материалы 3-го Всерос. нац. конгресса лучевых диагностов и терапевтов. – М., 2009. – С. 371-372.

9. Серова Н.С. Дентальная объемная томография в стоматологической имплантологии // Променева диагностика, променева терапия: Матеріалі Українського конгресу радіологів. – Київ, 2009. – С. 220-222.

10. Серова Н.С., Перова Н.Г., Петровская В.В. Возможности лучевых методов исследования при планировании и интраоперационном контроле стоматологической имплантации // Материалы 3-го Всерос. нац. конгресса лучевых диагностов и терапевтов. – М., 2009. – С. 372.

11. Ушаков А.И., Серова Н.С., Петровская В.В. Интраоперационная микрофокусная рентгенография в стоматологической имплантации // Лучевая диагностика в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: Материалы межрегион. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – М., 2008. – С. 66-67.

12. Gipp I.N., Serova K.S., Vasiliev A.Y., Ushakov

A.I., The capability of microfocal radiography during intraoperative stage of stomatological implantation // Europ. Radiol. – 2009. – Vol 19, Suppl. 1. – P. 496.

В настоящее время при недостаточном объеме костной ткани в дентальной имплантации часто применяются различные остеопластические материалы. После установки в челюсть эти трансплантаты постепенно рассасываются, т.е. снижается их рентгенологическая плотность, а затем они замещаются собственной костной тканью пациента. При дентальной имплантации в качестве остеопластического материала оптимально использовать синтетические трансплантаты, что в последующем было доказано в условиях эксперимента при изучении трансплантатов гистологическим методом. Замещение синтетического остеопластического материала собственной костной тканью пациента происходит более равномерно, без резких снижений плотности.

Ключевые слова: дентальная имплантация, остеопластические материалы, синтетические трансплантаты.

Hozirgi vaqtda tish implantatsiyasida suyak to'qimalarining etarli hajmi bo'lmagan holda, ko'pincha turli xil osteoplastik materiallar qo'llaniladi. Jag'ga o'rnatilgandan so'ng, bu greftlar asta-sekin eriydi, ya'ni. ularning rentgenologik zichligi pasayadi, keyin esa ular bemorning o'z suyak to'qimasi bilan almashtiriladi. Tish implantatsiyasida sintetik greftlarni osteoplastik material sifatida qo'llash maqbuldir, bu keyinchalik gistologik usulda greftlarni o'rganishda eksperimental sharoitda isbotlangan. Sintetik osteoplastik materialni bemorning o'z suyak to'qimasi bilan almashtirish zichligi keskin pasaymasdan, bir tekisda sodir bo'ladi.

Kalit so'zlar: tish implantatsiyasi, osteoplastik materiallar, sintetik greftlar.

At present, with insufficient volume of bone tissue in dental implantation, various osteoplastic materials are often used. After installation in the jaw, these grafts gradually dissolve, i.e. their radiological density decreases, and then they are replaced by the patient's own bone tissue. In dental implantation, it is optimal to use synthetic grafts as an osteoplastic material, which was later proved under experimental conditions when studying grafts by the histological method. The replacement of synthetic osteoplastic material with the patient's own bone tissue occurs more evenly, without sharp decreases in density.

Key words: dental implantation, osteoplastic materials, synthetic graft

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНОЙ ТРАВМОЙ В ФЕРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ



Махмудбеков Б.О., Умаров О.М., Исmoilов М.М.

Ташкентской государственной стоматологической институт., Ферганский филиал РНЦЭМП

Последние десятилетия отмечены значительным ростом травматизма населения с изменением его структуры в сторону увеличения удельного веса сочетанных и множественных повреждений [1,3,6,8,9,17,18]. Частота осложнений при сочетанных травмах достигает 80% и более, уровень инвалидизации – 32%, летальности – от 33 до 89% [3,7,10,12,15].

В мире сочетанная черепно-мозговая травма считается одной из основных причин смерти людей в возрасте до 40 лет [2,3,6,8,10]. В связи с этим вопросы медицинской помощи при сочетанных травмах занимают приоритетное место. По данным ООН, в мире в результате дорожно-транспортных происшествий ежегодно погибают более 1,2 млн человек, а 20-50 млн получают несмертельные травмы [19,20]. В целом среди причин первичной инвалидности и смертности травмы занимают третье место, а у лиц трудоспособного возраста являются ведущей причиной смерти. Основными этиологическими факторами сочетанных травм являются дорожно-транспортные происшествия, криминально-бытовые травмы и кататравма. Значительная часть исследователей отмечают, что среди сочетанных травм наиболее часто встречается сочетание повреждений челюстно-лицевой области, костей черепа и головного мозга по сравнению с повреждениями других локализаций (живот, грудь, таз и конечности) [1,2,12,13].

В системе организации оказания помощи пострадавшим с сочетанной травмой на догоспитальном этапе ведущая роль принадлежит службе скорой медицинской помощи (СМП). Работа врача скорой помощи вышла далеко за пределы функции транспортировки и скорейшей доставки пострадавшего в стационар. Врачами скорой помощи освоены принципы реанимации,

обезболивания, иммобилизации, предупреждения вторичных повреждений головного мозга, активной борьбы с гемодинамическими нарушениями, дыхательной недостаточностью и т. д. По данным литературы, только 20% вызовов к пострадавшим при травмах обслуживаются реанимационными бригадами, что не позволяет обеспечить должное качество помощи на догоспитальном этапе. В работе бригад СМП не всегда используется алгоритм диагностики тяжести состояния пострадавшего и его лечения. Обследование пострадавших с политравмой и одновременное оказание лечебного пособия должно осуществляться в пределах «золотого часа», исчисление которого начинается с момента получения травмы. В таких условиях существенно возрастает роль скорой медицинской помощи. Приоритетным в диагностике и лечении на догоспитальном этапе является выявление жизнеугрожающих состояний и их коррекция.

Формирование системы оказания медицинской помощи на различных его этапах должно включать комплекс мер организационного, технического, технологического, административного и экономического характера. В связи с этим становится очевидным необходимость изучения и совершенствования медицинской помощи пострадавшим с сочетанной травмой в субфилиалах.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения пострадавших с сочетанной травмой путем совершенствования оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном и раннем госпитальном этапах в условиях субфилиалов и филиалов РНЦЭМП.

Материал и методы

За период с 2016 по 2018 гг. в Ферганском

филиале РНЦЭМП и субфилиалах на лечении находились 3090 больных с сочетанной травмой. Все пациенты были госпитализированы в экстренном порядке, в сроки от нескольких часов до нескольких суток. 1373 (44,4%) пострадавших были доставлены бригадой скорой медицинской помощи, остальные 1717 (56,6%) поступили самотеком. Среди пострадавших лиц мужского пола 1913 (61,9%), женского 1177 (38,1%). Больные были в возрасте от 4-х лет до 91 года. 79% составляли люди трудоспособного возраста. В Ферганский филиал РНЦЭМП госпитализированы 1271 (41,1%) пострадавших, в субфилиалы – 1819 (58,9%). В филиале больные были обследованы по стандарту (рентгенография черепа и нижней челюсти в 2-х проекциях, органов грудной клетки, ЭхоЭС, при необходимости МСКТ круглосуточно, осмотр смежных специалистов). В субфилиалах пострадавшие были обследованы рентгенологически, УЗИ, осмотрены хирургом и травматологом. Во все районные субфилиалы при необходимости, по линии санитарной авиации, вызывали нейрохирурга, сосудистого хирурга и других специалистов для оказания экстренной медицинской помощи на месте. Стандартные рентгенологические исследования проведены всем 3090 больным. В качестве уточняющей методики компьютерная томография выполнена у 208 (6,7%) пациентов, по результатам которой был более детально определен характер травматического повреждения головного мозга, челюстно-лицевой области, грудной клетки и брюшной полости, выявлены скрытые повреждения костных структур и мягких тканей, а также внутренних органов при необходимости.

Результаты и обсуждение

При анализе историй болезни пострадавших с сочетанной травмой было установлено, что две анатомо-физиологические области травмированы у 2028 (65,6%) больных, три – у 789 (25,5%), 4 и более – у 273 (8,8%).

В структуре травматизма сочетанные травмы в непромышленной сфере составили 96% случаев, в производственной – 4%. В подавляющем большинстве случаев причинами сочетанных травм явились дорожно-транспортные происшествия – в 65,1% случаев, бытовая травма – 8%, кататравма – в 11,3%, травмы криминального характера – в 15,6%. 28% пострадавших сочетанная травма была получена в состоянии алкогольного опьянения.

При оказании лечебной помощи, особенно

больным с тяжелой черепно-лицевой травмой, возникали трудности при интубации. Повреждение мягких тканей приротовой области, переломы челюстей, костей носа препятствовали интубации через рот, поэтому этим больным интубация проводилась через нос.

Оказание первой помощи пострадавшему с сочетанной травмой представляет для врача особую сложность, связанную с отсутствием или ограниченностью диагностических и терапевтических возможностей. Процесс диагностики начинается сразу же на месте получения травмы.

Наличие сочетанной травмы следует предположить в следующих случаях:

- если произошло падение больного с высоты более 5 м;
- при выпадении из автомобиля при ударе;
- учитывая гибель рядом сидящих людей в автомобиле;
- при значительной деформации пассажирского салона автомобиля;
- при сдавлении пострадавшего;
- при засыпании землей.

Осмотр и первичная диагностика проводятся по правилам первичного и вторичного осмотра. Диагностика и терапевтические мероприятия осуществляются по принципу приоритетности.

Высшая степень приоритетности: дыхание, сердечно-сосудистая система, тяжелые кровотечения, тампонада перикарда.

Средняя степень приоритетности: шок, внутреннее кровотечение, ЧМТ, повреждения спинного мозга, перелом позвоночника, ожоги.

Низкая приоритетность – переломы костей, повреждения мышц и периферических нервных стволов, травмы нижних отделов уrogenитального тракта.

Доминантным повреждением являлась черепно-мозговая травма, которая отмечалась у 2487 (80,5%) больных. Травмы позвоночника и спинного мозга имели место у 162 (5,2%) пострадавших. Травма грудной клетки наблюдалась у 1750 (56,6%) больных. У 60 (1,9%) пострадавших была респираторная недостаточность, потребовавшая интубации двухпросветной трубкой, что позволило эффективно проводить оксигенацию и вентиляцию легких. У 6 больных с переломами нескольких ребер имелись ассоциативные ранения органов брюшной полости: селезенки (2) и печени (1). Травма брюшной полости имела место у 120 (3,9%) пострадавших. У 60

пострадавших в результате ДТП были следы от ремня безопасности. Тяжелую черепно-мозговую травму получали больные, которые не пользовались ремнем безопасности.

В первые минуты после травмы падения АД не наблюдалось. Признаки внутреннего кровотечения нарастали постепенно, следовательно, важнейшим условием оказания помощи пострадавшим при повреждениях органов брюшной полости является быстрая доставка их в стационар. Различной степени повреждения опорно-двигательного аппарата (ОДА) имели место у 587 (19%) пострадавших. При грубых деформациях выполнялась репозиция с последующим шинированием конечности. Предварительно вводились наркотические анальгетики.

В оказании помощи при травмировании ОДА на догоспитальном этапе важно проведение инфузионной терапии кристаллоидами и коллоидами для улучшения микроциркуляции и поддержания нормального транспорта и снабжения кислородом тканей. Анализ показал, что наиболее тяжелые травмы в результате ДТП получали больные в районах, где имелись магистральные трассы, связывающие большие города, а также в крупных городах, таких как Фергана, Коканд и Маргилан.

Выводы

1. Оказание медицинской помощи при сочетанной травме на догоспитальном этапе имеет свою специфику. Требуется высокая квалификация врача скорой медицинской помощи, которая достигается путем регулярного последипломного повышения образования и самообразования.

2. Учитывая, что в большинстве случаев диагностировано повреждение головного мозга, бригада скорой помощи должна доставить пострадавшего в стационар, в котором имеется МСКТ для определения дальнейшей тактики лечения.

3. Система оказания медицинской помощи больным с сочетанной травмой в субфилиалах не является оптимальной и нуждается в дальнейшем развитии и усовершенствовании.

4. Сочетанная травма является тяжелой патологией, поэтому этим больным первую помощь должны оказывать специализированные реанимационные бригады скорой помощи.

Литература.

1. Агаджанян В.В. Политравма. – Новосибирск: Наука, 2003. – 492 с.

2. Анкин Л.Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы). – М., 2004. – С. 176.

3. Багненко С.Ф., Шапот Ю.Б., Алекперов У.К. и др. Принципы оказания скорой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на этапах эвакуации в условиях мегаполиса // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 2009. – Т. 168, №4. – С. 92-96.

4. Бондаренко А.В., Пелеганчук В.А., Герасимова О.А. // Вестн. травматол. и ортопед. – 2004. – №3. – С. 49-52.

5. Верещагин Е.И. // Журн. интенсив. тер. – 2006. – №3. – С. 4-28.

6. Волощенко А.Н., Филинов С.В. // Воен.-мед. журн. – 2011. – №1. – С. 118120.

7. Гуманенко Е.К., Козлов В.К. Политравма: травматическая болезнь, дисфункция иммунной системы. Современная стратегия лечения. – М., 2008. – 608 с.

8. Дятлов М.М. Тяжелая и сочетанная травма таза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Минск, 2004. – 41 с.

9. Михайлов Ю.М. Организация оказания помощи, пострадавшим с политравмой // Материалы проблемной комиссии по организации скорой помощи. – СПб, 2003. – 15 с.

10. Неверов В.А., Неверов В.А., Хромов А.А. и др. Применение контроля тяжести повреждений у больных с сочетанной травмой // Вестн. Всерос. гильдии протез.-ортоп. – 2009. – Т. 37, №3. – С. 41.

11. Сингаевский А.Б., Карнаевич Ю.А., Малых И.Ю. // Вестн. хир. – 2002. – №2. – С. 62-65.

12. Соколов В.А. Дорожно-транспортные травмы: Руководство для врачей. – М., 2009. – 176 с.

13. Тулупов А.Н., Куршакова И.В., Бесаев Г.М. Актуальные вопросы диагностики и лечения тяжелой сочетанной травмы с отрицательным прогнозом // Совершенствование медицинской помощи больным с нейротравмой и пострадавшим в ДТП: Материалы науч.-практ. конф. совместно с Всерос. конф. «Скорая медицинская помощь». – СПб, 2011. – С. 186-187.

14. Шапот Ю.Б., Бесаев Г.М., Тания С.Ш. и др. Клинический опыт лечения пострадавших с тяжелой сочетанной травмой таза в остром периоде травматической болезни // Материалы 25-й науч.-практ. конф. хирургов Республики Карелия, посв. 45-летию хирургического отделения ГУЗ «Республиканская

больница им. В.А. Баранова» и 45-летию кафедры госпитальной хирургии ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет». – Петрозаводск, 2009. – С. 221-224.

15. Avey G., BlacMore G.C., Wessells H. et al. Radiographic and clinical predictors of bladder rupture in blunt trauma patients with pelvic fracture // Acad. Radiol. – 2006. – Vol. 13, №5. – P. 573-579.

16. Bosse M.J. // J. Orthop. Trauma. – 2007. – Vol. 21, №1. – P. 1-4.

17. Demetriadis D. // Ann. Surg. – 2005. – Vol. 242, №4. – P. 512-519.

18. Frink M., Probst Ch., Krettek Ch., Pape H.C. // Zentralbl Chir. – 2007. – Vol. 132, №1. – P. 49-53.

19. The World Health Report/ Mental Health: New Understanding, New Hope. 2001. – P. 11.

20. Westhoff J., Holl S., Kalicke T. Open pelvic fracture. Treatment strategy and results for 12 patients // Unfallchirurg. – 2004. – Bd.107, №3. – S. 189-196.

Цель: Улучшение результатов лечения, пострадавших с сочетанной травмой путем совершенствования оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном и раннем госпитальном этапах в условиях субфилиалов и филиалов РНЦЭМП.

Материал и методы: за период с 2016 по 2018 гг. в Ферганском филиале РНЦЭМП и субфилиалах на лечении находились 3090 больных с сочетанной травмой, госпитализированные в экстренном порядке, в сроки от нескольких часов до нескольких суток. 1373 (44,4%) пострадавших были доставлены бригадой скорой медицинской помощи, остальные 1717 (56,6%) поступили самотеком.

Результаты: в оказании помощи при травмировании ОДА на догоспитальном этапе важно проведение инфузионной терапии кристаллоидами и коллоидами для улучшения микроциркуляции и поддержания нормального транспорта и снабжения кислородом тканей. Выводы: сочетанная травма является тяжелой патологией, поэтому этим больным первую помощь должны оказывать специализированные реанимационные бригады скорой помощи.

Ключевые слова: сочетанная черепно-мозговая травма, травмы опорно-двигательного аппарата, медицинская помощь на догоспитальном этапе.

Maqsad: Respublika shoshilinch tibbiy yordam markazi filiallari va filiallari sharoitida hospitalgacha

va erta statsionar bosqichlarda shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatishni takomillashtirish orqali qo'shma travmadan jabrlanganlarni davolash natijalarini yaxshilash.

Material va usullar: 2016 yildan 2018 yilgacha bo'lgan davr uchun. Farg'ona tumanidagi RSXM va sho'ba bo'linmalarida 3090 nafar yondosh jarohati bilan kasallangan bemorlar bir necha soatdan bir necha kungacha shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatildi. Jabrlanganlarning 1373 nafari (44,4 foizi) tez yordam mashinasida, qolgan 1717 nafari (56,6 foiz) gravitatsiya yordamida yetkazilgan.

Natija: kasalxonaga yotqizish bosqichida tayanch-harakat tizimi shikastlanganda yordam ko'rsatishda mikrosirkulyatsiyani yaxshilash va to'qimalarni normal tashish va kislorod bilan ta'minlash uchun kristalloidlar va kolloidlar bilan infuzion terapiyani o'tkazish muhimdir.

Xulosa: estrodiol travma - bu og'ir patologiya, shuning uchun bu bemorlarga ixtisoslashtirilgan reanimatsiya tez yordam brigadalari tomonidan birinchi yordam ko'rsatilishi kerak.

Kalit so'zlar: qo'shma kranioserebral shikastlanish, tayanch-harakat tizimining shikastlanishi, kasalxonadan oldingi bosqichda tibbiy yordam.

Objective: To improve the results of treatment of patients with combined trauma by improving the provision of emergency medical care at the prehospital and early hospital stages in the conditions of subbranches and branches of the Republican Center for Emergency Medical Care.

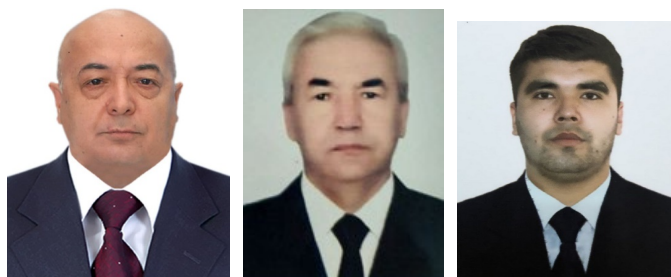
Material and methods: For the period from 2016 to 2018 in the Ferghana branch of RRCEM and sub-branches, 3090 patients with concomitant trauma were treated on an emergency basis, within a period of several hours to several days. 1373 (44.4%) of the victims were delivered by an ambulance, the remaining 1717 (56.6%) arrived by gravity.

Results: In the provision of assistance in traumatizing the musculoskeletal system at the prehospital stage, it is important to carry out infusion therapy with crystalloids and colloids to improve microcirculation and maintain normal transport and oxygen supply to tissues.

Conclusions: Combined trauma is a severe pathology, therefore, these patients should be given first aid by specialized resuscitation ambulance teams.

Key words: concomitant craniocerebral injury, injuries of the musculoskeletal system, medical care at the prehospital stage.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ С ПОСТКОВИДНЫМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Абдуллаев Ш.Ю., Каршиев Х.К., Нормуминов Ф.П., Каршиев Ш.Ч., Курбонов Ё.Х.
Ташкентский государственный стоматологический институт, ООО «Happy life medical centre», г. Ташкент

Эпидемия COVID-19 уже вошла в историю как чрезвычайная ситуация мирового масштаба. Нам еще предстоит изучение особенностей этой эпидемии, извлечение уроков, анализ недостатков обеспечения биологической безопасности населения. Ясно одно: новые вирусы будут появляться, это неотъемлемая часть нашего мира. Человечество должно научиться противостоять этим угрозам.

По данным литературы известно, что число заболевших коронавирусом превысило 279 млн человек, от различных осложнений умерли более 5,39 млн.

Цель исследования

Ретроспективное изучение летальных исходов постковидных гнойно-воспалительных осложнений челюстно-лицевой области.

Материал и методы

Исследования проводились у 34 больных (18 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 21 года до 75 лет, госпитализированных по поводу осложненного гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области после перенесенного COVID-19. 15 больных обратились в Ковид-центр через 6 дней от начала заболевания, 12 – через 8, 7 – через 10 дней. Состояние 29 больных при поступлении в клинику оценивалось как тяжелое, 5 – как крайне тяжелое.

20 больных обратилась через 10 дней после появления признаков острого воспалительного процесса в области верхней челюсти и окружающей мягкой тканей, 10 – через 18 дней, 2 – через 30 дней, 1 – через 45 дней, еще 1 больная обратилась к челюстно-лицевому и гнойному хирургу через 60 дней. У 23 (67,64%) больных была выявлено сопутствующее заболевание – сахарный диабет

2-го типа. Клиническая картина у этих пациентов характеризовалась наличием воспалительного инфильтрата в челюстно-лицевой области, некротическими тканями в области твердого неба, подглазничной области, верхних и нижних век, оголением пораженных костных тканей с подвижностью зубов.

У 16 больных выявлен тромбоз кавернозного синуса справа, острый остеомиелит верхней челюсти справа, у 18 – тромбоз кавернозного синуса слева, острый остеомиелит верхней челюсти слева, у 8 имел место воспалительный инфильтрат в тканях орбиты, у 2 наблюдался некроз глазного яблока, верхних и нижних век. У 2 больных отмечалась невралгия III и VII пар черепных нервов. У 5 больных диагностирован гемисинусит.

Состояние пациентов требовало активной реанимационной терапии, включающей искусственную вентиляцию легких (у 9), инфузионно-трансфузионную терапию, применение массивных доз антибактериальных препаратов, форсированный диурез и других комплексных мер симптоматической терапии.

Показаниями к включению интенсивной терапии служили нарастание симптомов интоксикации, сопровождающихся глубокими гемодинамическими, метаболическими нарушениями, признаками органного поражения печени, почек. Всем больным проведено комплексное интенсивное лечение.

Обследование включало определение количества лейкоцитов (WBC), нейтрофилов палочкоядерных и сегментоядерных, эозинофилов, моноцитов, лимфоцитов, эритроцитов, уровня гемоглобина, гематокрита, среднего объема

эритроцита (MCV), среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH), средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC), ширины распределения эритроцитов – коэффициента вариации (RDW-CV), тромбоцитов (PLT), тромбокрита (PCT), среднего объема тромбоцитов (MPV), анизоцитоза тромбоцитов (PDW), скорости оседания эритроцитов (ESR), времени свертывания крови.

Наряду с этими определяли содержание глюкозы в крови, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), общего билирубина, прямого билирубина, непрямого билирубина, мочевины, креатинина.

Из показателей коагулограммы определяли протромбиновое время, ПТИ. (время по Квику), Международное нормализованное отношение (МНО), уровень фибриногена, тромбиновое время (с), АЧТВ (с), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), группу крови и резус-фактор.

Всего выполнены 1326 исследований крови на автоматических анализаторах Merilyzer (Индия), ERBAECL 412 и ERBAELITE 3 (Чехия).

Всем больным проводили общий анализ крови и мультиспиральную компьютерную томографию.

Результаты и обсуждение

У 29 больных с тяжелым течением заболевания после проведенного интенсивного лечения клинически отмечалось более быстрое уменьшение явлений интоксикации, гнойного отделяемого, отека и инфильтрации в области

пораженного участка, улучшение параметров гомеостаза с нормализацией показателей, отражающих функции печени и почек. У всех 29 пациентов с осложненным течением гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области удалось купировать агрессивное течение процесса и достичь улучшения общего состояния. Эти пациенты были выписаны из клиники на 12-14-е сутки.

У 5 пациентов с крайне тяжелым течением воспалительных процессов с постковидными остеомиелитами верхней челюсти, тромбозами кавернозного синуса, гемисинуситами, сахарным диабетом 2-го типа, несмотря на принимаемые интенсивные меры, на фоне нарастающих признаков интоксикации выявлялись признаки органного поражения печени и почек. Отмечены увеличение содержания в крови АЛТ до 46 U/L, АСТ до 48 U/L, общего билирубина до 27 мкмоль/л, мочевины до 19 ммоль /л и креатинина до 194 мкмоль/л. Появились признаки желтушности кожи и олигурия. Было отмечено увеличение содержания сахара в крови до 24 м.моль/л и выше. Подобное состояние мы объясняем наступившим спадом иммунных сил и истощением всех энергетических ресурсов организма, необратимыми нарушениями гомеостаза.

Несмотря на проведение комплексного многокомпонентного интенсивного лечения, общее состояние этих больных прогрессивно ухудшалось, отмечались летальные исходы.



Таким образом, на основании проведенных исследований установлено, что позднее обращение больных в соответствующие лечебные учреждения и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний приводят к быстрому ухудшению общего состояния, которое нередко заканчивается летальным исходом.

Литература

1. Бекжанова О.Е., Каюмова В.Р.

Клинические проявления COVID-19 в полости рта // Stomatologiya. – 2021. – №1 (82). – С. 60-64.

2. Ghani A.C., Donnelly C.A., Cox D.R. et al. Methods for estimating the case fatality ratio for a novel, emerging infectious disease // Amer. J. Epidemiol. – 2005. – Vol. 162. – P. 479-486.

3. Jain V., Yuan J.-M. Predictive symptoms and comorbidities for severe COVID-19 and intensive care unit admission: a systematic review and meta-

analysis // Int. J. Public Health. – 2020. – Vol. 65. – P. 533-546.

4. Kim G.-U., Kim M.-J., Ra S.H. et al. Clinical characteristics of asymptomatic and symptomatic patients with mild COVID-19 // Clin. Microbiol. Infect. – 2020. – Vol. 26 (948). – P. e1948.

5. Lau H., Khosrawipour T., Kocbach P. et al. Evaluating the massive underreporting and undertesting of COVID-19 cases in multiple global epicenters // Pulmonology. – 2020.

6. Metcalf C.J.E., Farrar J., Cutts F.T. et al. Use of serological surveys to generate key insights into the changing global landscape of infectious disease // Lancet. – 2016. – Vol. 388. – P. 728-730.

7. Niehus R., De Salazar P.M., Taylor A.R., Lipsitch M. Using observational data to quantify bias of traveller-derived COVID19 prevalence estimates in Wuhan, China // Lancet Infect. Dis. – 2020. – Vol. 20. – P. 803-808.

Цель: ретроспективное изучение летальных исходов постковидных гнойно-воспалительных осложнений челюстно-лицевой области.

Материал и методы: исследования проводились у 34 больных (18 мужчин и 16 женщин) в возрасте от 21 года до 75 лет, госпитализированных по поводу осложненного гнойно-воспалительного процесса челюстно-лицевой области после перенесенного COVID-19.

Результаты: у 29 больных с тяжелым течением заболевания после проведенного интенсивного лечения клинически отмечалось более быстрое уменьшение явлений интоксикации, гнойного отделяемого, отека и инфильтрации в области пораженного участка, улучшение параметров гомеостаза с нормализацией показателей, отражающих функции печени и почек. Все 29 пациентов были выписаны из клиники на 12-14-е сутки. У 5 пациентов с крайне тяжелым течением воспалительных процессов с постковидными остеомиелитами верхней челюсти, тромбозами кавернозного синуса, гемисинуситами, сахарным диабетом 2-го типа, несмотря на принимаемые интенсивные меры, наступил летальный исход.

Выводы: позднее обращение больных в соответствующие лечебные учреждения и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний приводят к быстрому ухудшению общего состояния, которое нередко заканчивается летальным исходом.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, постковидные гнойно-воспалительные осложнения, сопутствующие заболевания.

Maqsad: jag'-fasial mintaqaning post-covid yiringli-yallig'lanish asoratlarning halokatli natijalarini retrospektiv o'rganish.

Material va usullar: tadqiqot COVID-19 dan keyin jag'-jag' mintaqasining murakkab yiringli-yallig'lanish jarayoni bilan kasalxonaga yotqizilgan 21 yoshdan 75 yoshgacha bo'lgan 34 nafar bemor (18 nafar erkak va 16 nafar ayol) ishtirokida o'tkazildi.

Natija: intensiv davolanishdan so'ng kasallikning og'irkechishib o'lgan 29 bemor daintoksikatsiya, yiringli oqindi, ta'sirlangan hududda shish va infiltratsiya hodisalarining tezroq pasayishi, ko'rsatkichlarni normallashtirish bilan gomeostaz ko'rsatkichlarining yaxshilanishi. jigar va buyraklarning funktsiyalarini aks ettiruvchi klinik jihatdan qayd etilgan. Barcha 29 bemor 12-14 kunlarda klinikadan chiqarildi. Yuqori jag'ning postkovid osteomielitlari, kavernöz sinus trombozi, hemisinusit, 2-toifa qandli diabet bilan og'rigan o'ta og'ir yallig'lanish jarayonlari bo'lgan 5 bemorda ko'rilgan intensiv choralarga qaramay, o'limga olib keldi.

Xulosa: bemorlarni tegishli tibbiy muassasalarda kech davolash va og'ir birga keladigan kasalliklar mavjudligi umumiy holatning tez yomonlashishiga olib keladi, bu ko'pincha o'lim bilan yakunlanadi.

Kalit so'zlar: maxillofacial soha, post-covid yiringli-yallig'lanish asoratlari, birga keladigan kasalliklar.

Objective: Retrospective study of lethal outcomes of post-covid purulent-inflammatory complications of the maxillofacial region.

Material and methods: The study was conducted in 34 patients (18 men and 16 women) aged 21 to 75 years, hospitalized for a complicated purulent-inflammatory process of the maxillofacial region after Covid-19.

Results: In 29 patients with a severe course of the disease after intensive treatment, a more rapid decrease in the phenomena of intoxication, purulent discharge, edema and infiltration in the area of the affected area, improvement of homeostasis parameters with normalization of indicators reflecting the functions of the liver and kidneys were clinically noted. All 29 patients were discharged from the clinic on the 12-14th day. In 5 patients with extremely severe inflammatory processes with postcovid osteomyelitis of the upper jaw, cavernous sinus thrombosis, hemisinusitis, type 2 diabetes mellitus, despite the intensive measures taken, a fatal outcome occurred.

Conclusions: Late treatment of patients in appropriate medical institutions and the presence of severe concomitant diseases lead to a rapid deterioration in the general condition, which often ends in death.

Key words: maxillofacial area, post-covid purulent-inflammatory complications, concomitant diseases.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА “ROOT MEMBRANE”.



Усманова Д.Р., Мукимов О.А., Мукимова Х.О., Жалолов Р.А.
*Кафедра хирургической стоматологии и дентальной имплантологии,
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт.*

Одним из сдерживающих факторов для широкого распространения имплантации является недостаточный объем костной ткани для установки имплантата.[1] Процесс дентальной имплантации во фронтальную часть верхней челюсти, которая на высоком уровне атрофирована или сопровождается вертикальным переломом зубов, требует дополнительных костных изделий и длительного реабилитационного периода, причина этого в том, что вестибулярная пластинка фронтальной части верхней челюсти тонкая и он характеризуется переломом во время удаления зуба.[2] Атрофия костной ткани после удаления зубов является одним из важнейших вопросов современной стоматологии, так как значительная атрофия костной ткани челюстей делает невозможным выполнение внутрикостной имплантации, а также создает серьезные трудности при ортопедическом лечении пациентов.[3]

Цель исследования. Изучение дентальной имплантации с помощью метода “root membrane” в верхней челюсти для повышения эффективности сохранения зубо-альвеолярного сегмента.

Задачи исследования:

Сравнение результатов показателей традиционного метода и метода “root membrane”, для повышения эффективности сохранения зубо-альвеолярного сегмента.

Материалы и методы :

В клиническом исследовании участвовали пациенты с частичной адентией зубов в переднем отделе верхней челюсти, с хроническим апикальным периодонтитом и переломом корня зуба при невозможности восстановления данных зубов ортопедическими конструкциями.

Мы провели лечение 22 больных, в возрасте от 35 до 50 лет, которые обратились к нам для дентальной имплантации. Среди них 12 мужчин и 10 женщин .

- Клинические методы исследования
- Лучевые методы исследования (КЛКТ)
- Гистологические методы исследования

Клинический пример

Пациент в возрасте 45 лет.

Жалобы: боль в 21 зубе; перелом в коронки зуба; остаток 1/3 части коронки зуба

Диагноз: Хронический периодонтит 21го зуба.

План лечения: Проведение традиционной немедленной имплантации



Рисунок 1.



Рисунок 2.

Рисунок 1. Перелом коронковой части 21го зуба, имеются следы пломбировочного материала, видно, что зуб не подлежит эндодонтическому лечению. Проведя антисептическую обработку в полости рта, было проведено местная

инфильтрационная анестезия.

Рисунок 2. С помощью инструмента гладилки связки вокруг зуба были отслоены и при помощи люксатора зуб был расшатан.

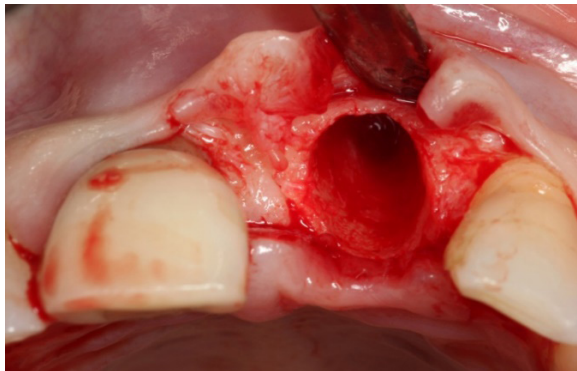


Рисунок 3.

Рисунок 3. Зуб удален. Проведен кюретаж лунки зуба. При помощи имплантологических инструментов было подготовлено ложе для

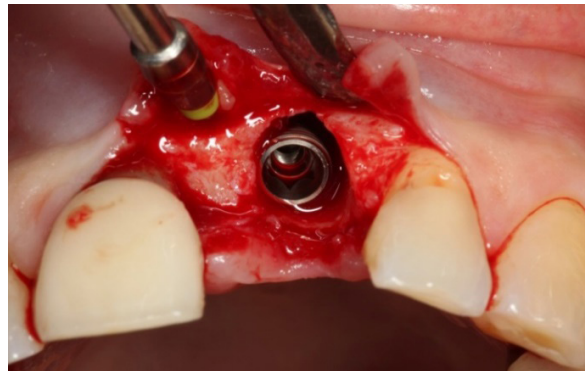


Рисунок 4.

имплантата Рисунок 4. Установка имплантата в ложе

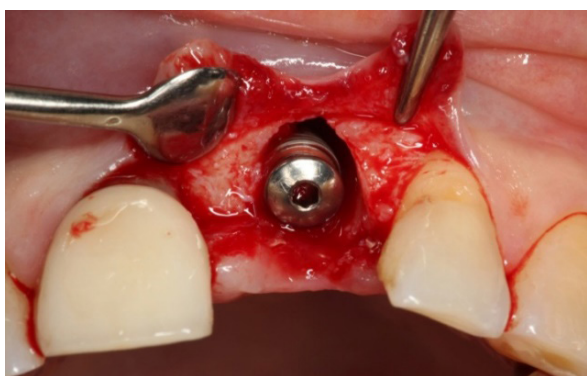
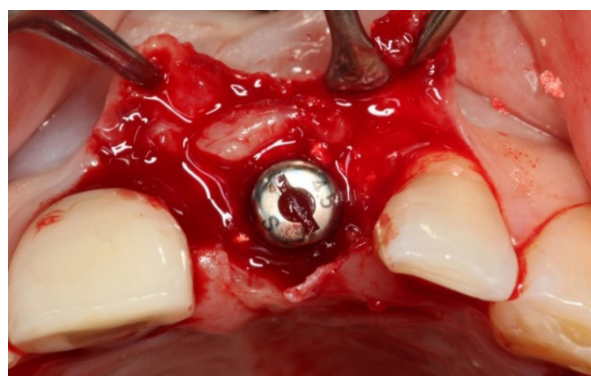


Рисунок 5. Верхняя часть имплантата была закрыта заглушкой

Рисунок 6. Пространство вокруг имплантата



была заполнена дополнительным синтетическим костным материалом и свободной соединительной тканью, взятой из нёба.



Рисунок 7. Поставлены швы на рану

Метод «root membrane»

Этот метод также известен как частичная экстракционная терапия, метод корневой мембраны, и частичное удержание корня. Он направлен на сохранение двух третей щечной части корня в гнезде, чтобы периодонт вместе

с костью пучка и щечной костью оставался неповрежденным.[4] Щечная кость имеет двустороннее кровоснабжение из десны сверху и пародонта снизу. После удаления зуба щечная кость лишается кровоснабжения со стороны глазницы, и это приводит к потере части щечной



Рисунок 8. Обзор полости рта пациента с разных ракурсов

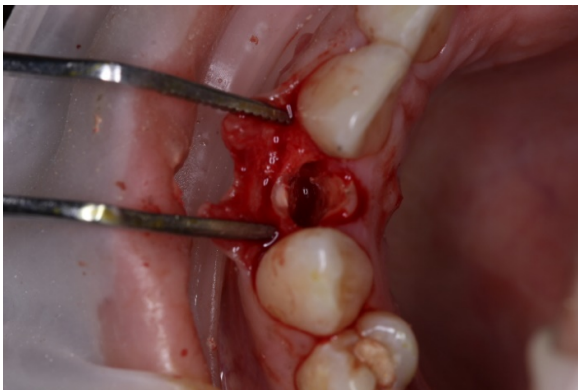


Рисунок 9. Разделение вестибулярного и орального фрагмента корня 12го зуба



Рисунок 10. Удаленный оральный фрагмент 12 зуба

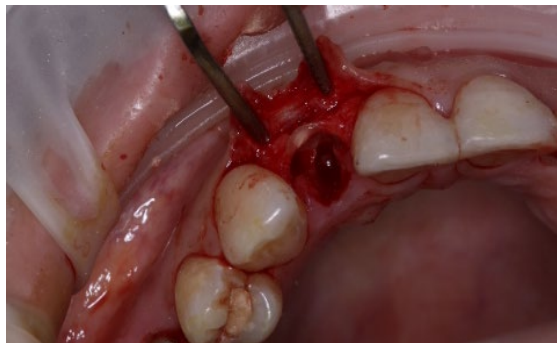


Рисунок 11. Механическая и медикаментозная обработка фрагмента вестибулярного корня. Подготовлена ложа для имплантата.

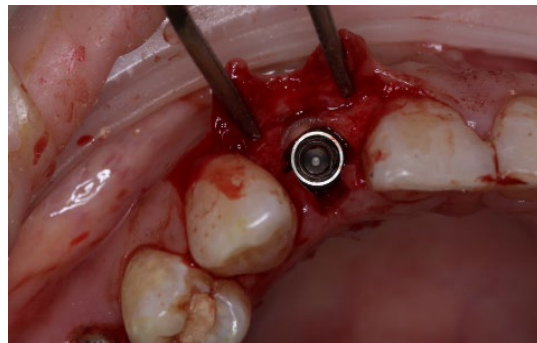


Рисунок 12. В подготовленную ложу установлен имплантат.



Рисунок 13. На имплантат установлен формирователь десен. Поставлены швы.

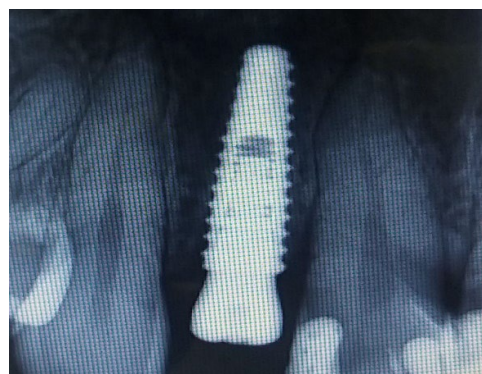


Рисунок 14. Рентгеновский снимок после установления имплантата

Результаты исследования:

Для клинической оценки результатов проводимых исследований были применены рентгенологический и морфометрический методы обследования. Состояние гигиены полости рта оценивали с помощью пародонтальных или гигиенических индексов. При осмотре больных в динамике их лечения обращали внимание на подвижность имплантатов, наличие вертикальной, горизонтальной остеорезорбции, состояние слизистой оболочки в зоне имплантации, субъективную симптоматику и др.

В послеоперационном периоде больным проводилась антибактериальная терапия в течение 5-7 дней, по возможности с учетом чувствительности высеянной микрофлоры.

Жалобы у больных были только на послеоперационную рану, умеренную боль и отёчность. Болезненность в области операционной раны прекращалась на 2-3 день. Кожные покровы и слизистая полости рта в области операционного поля чистые, не гиперемизированные. В области раны в течение 2-3 дней наблюдалась умеренная отёчность мягких тканей. Больным проводились ежедневные орошения ран. Швы снимали на 7-8 день.

При проверке пациентов, прошедших лечение традиционным методом, было определено что для остеоинтеграции было потрачено $2,6 \pm 1,5$ месяца. методы установленные. Кроме этого в вестибулярной пластинке наблюдалась остеорезорбция, то есть до операции наблюдались изменения от $11,14 \pm 1,2$ мм и после операции до $6,8 \pm 1,5$ мм. Вместе с этим, изменения межзубных сосочек и зенита десенного контура, изменение биотипа мягких тканей, фиксирование вестибулярной костной стенки способствовали снижению эстетических результатов.

Вместе с этим, при проведении установленных методов проверки пациентов получивших лечение методом root membrane, было выявлено что для остеоинтеграции потребовалось $1,8 \pm 0,7$ месяца. Кроме этого, были выявлены заметные изменения при остеорезорбции вестибулярной пластины, т.е. до операции $9,14 \pm 0,8$ мм и после операции $8,6 \pm 0,2$ мм.

Гистологическое исследование показало, что новообразованный цемент был виден в области между титановым имплантатом и сохраненным фрагментом корня. Извлеченный образец ткани, который включал имплантат, корневую мембрану, пространство между ними и щечной костной пластиной казалось

нетронутым. Только неб-но к креплению и в самой корональной области очевидно, что травма отделила поверхность имплантата от небной кости; эта область имела меньшее значение для нынешней гистологической оценки, и, следовательно, образец можно было считать находящимся в идеальном состоянии для гистологического и гистоморфометрического анализа. Гистоморфометрическая оценка показала контакт кости с имплантатом в 76,2%

Таким образом, можно сказать, что операция приводит к непрерывной и предсказуемой остеоинтеграции за счет минимизации потери щечных костей, вызванной ремоделированием гнезда, которое происходит после извлечения.

Вывод:

Как показывает исследование, причина в том, что когда фрагмент буккального корня находится намеренно оставленное кровоснабжение будет поддерживаться бесперебойно, и, следовательно, размеры альвеолярного отростка могут быть сохранены. На основании этих данных мы можем сделать вывод, что метод корневой мембраны является безопасным методом лечения, обеспечивающим высокий процент успеха имплантации. Кроме того, эта уникальная методика может обеспечить стабильность размеров лицевых и мягких тканей вокруг места имплантации без использования дополнительных биоматериалов, таких как костные трансплантаты. Зубодесневые волокна, сохраненные в корне фрагмент повышает эстетику мягких тканей, когда они находятся в процессе эстетической немедленной установки имплантата

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

Hürzeler MB, Zuhr O, Schupbach P, Rebele SF, Emmanouilidis N, Fickl S, et al. The socket-shield technique: A proof-of-principle report. J Clin Periodontol. 2010;37:855–62. [PubMed] [Google Scholar] Bäumer D, Zuhr O, Rebele S, Schneider D, Schupbach P, Hürzeler M, et al. The socket-shield technique: First histological, clinical, and volumetrical observations after separation of the buccal tooth segment – A pilot study. Clin Implant Dent Relat Res. 2015;17:71–82. [PubMed] [Google Scholar] Gluckman H, Du Toit J, Salama M. The pontic-shield: Partial extraction therapy for ridge preservation and pontic site development. Int J Periodontics Restorative

Dent. 2016;36:417–23. [PubMed] [Google Scholar] Siormpas KD, Mitsias ME, Kontsiotou-Siormpa E, Garber D, Kotsakis GA. Immediate implant placement in the esthetic zone utilizing the “root-membrane” technique: Clinical results up to 5 years postloading. Int J Oral Maxillofac Implants. 2014;29:1397–405. [PubMed] [Google Scholar] Mitsias ME, Siormpas KD, Kotsakis GA, Ganz SD, Mangano C, Iezzi G, et al. The root membrane technique: Human histologic evidence after five years of function. Biomed Res Int 2017. 2017:7269467. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

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.

Hulossa. “Ildiz pardasi” va an'anaviy uslublari bo'yicha mahalliy va xorijiy adabiyotlar tahlil qilindi. Membrananing ildiz usuli – bu ekstraktsiyadan keyin bukkaal suyagi yo'qolishini minimallashtirish orqali yumshoq to'qimalar estetikasining o'sishi sifatida muvaffaqiyatli osseointegratsiyani keltirib chiqarish uchun implantni joylashtirishdan oldin amalga oshiriladigan jarrohlik protsedura. U ekstraktsiya paytida ildizni ajratadi va qisman bukkaal tomonda qoldiradi.

Kalit so'zlar: ildiz membranasi usuli, dental alveolyar segment, periodontal to'qimalar kasalliklari, hayot sifati.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-97>

УДК: 616.314-089.28

ИММУННЫЙ БАРЬЕР ПОЛОСТИ РТА ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ И ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ



Ирсалиев Х.И., Ирсалиева Ф.Х., Ражабов О.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкентская медицинская академия, Бухарский государственный медицинский институт.

Актуальность. В нашей Республике Узбекистан и ряде других зарубежных стран в настоящее время используются металлические коронки и мосты из неблагородных металлов, иногда они покрываются нитритом титана, что больше усугубляет защитные механизмы полости рта. Ротовая жидкость содержит компоненты, определяющие ее защитную функцию – это ферменты, составляющие системы комплемента, иммуноглобулины. Состав ротовой жидкости

играет большую роль в функционировании не только ротовой полости, но и организма в целом, являясь одним из индикаторов гомеостаза. Ротовая жидкость – субстрат, обладающий колоссальной информативностью, но ее показатели не всегда учитываются клиницистами.

Цель исследования: В связи с выше изложенным, представляло интерес изучение состояния параметров гуморального иммунитета, а также цитокиновый статус, которые определялись

в ротовой жидкости пациентов до и после протезирования.

Методы и материалы исследования. Для достижения поставленной цели, согласно задачам были обследованы мужчины и женщины от 20 до 70 лет, находившиеся в отделении ортопедической стоматологии Бух.Гос.МИ.с диагнозом частичная вторичная адентия и 30 практически здоровых людей составили контрольную группу.

В зависимости от лечебно-профилактических мероприятий все пациенты были условно разделены на две группы:

1-я группа (контроль) – 30 человек, проводилась только профессиональная чистка зубов и обучение уходу за полостью рта.

2-я группа – 87 человек, которым было изготовлено металлокерамические протезы.

Во всех группах иммунологические исследования проводились до начала ортопедического лечения, а также через 7 дней, 1 месяц с момента фиксации несъемной конструкции. В РЖ определяли уровни sIgA, IgM, IgG, противовоспалительных ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α и противовоспалительного ИЛ-10 цитокинов.

Исследование РЖ (слюны) является ценным не инвазивным методом, оценки общего

состояния организма и в особенности органов полости рта. Сбор РЖ (слюны) удобен и прост, он безболезнен, риск заражения медицинского персонала значительно меньше, чем при работе с кровью, а содержание некоторых веществ в слюне (например, гормонов, антител, лекарств и т.д.) отражает их концентрацию в крови. Современные технологии исследования белков в биологических средах, позволяют определять уровни различных иммунных показателей и их биологическую активность в РЖ (слюне) и других секретах, содержащих изучаемые белки в минимальных концентрациях.

Изучение локального иммунного статуса может расширить представление о состоянии ротовой полости после протезирования, а также даст возможность пересмотреть и использовать полученные данные для дополнительной коррекции ортопедического лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенного анализа в РЖ пациентов, нуждающихся в протезировании и условно здоровых лиц выявлены достоверные различия в содержании исследуемых иммуноглобулинов (Табл.1).

Таблица 1

Уровень иммуноглобулинов основных классов в ротовой жидкости у обследованных пациентов до протезирования (M $\pm$ m, мг/мл)

	n	sIgA	IgM	IgG
Основная (общая) группа	87	825 $\pm$ 8,80*	82 $\pm$ 2,71*	56 $\pm$ 1,11*
Контрольная группа	30	780 $\pm$ 8,59	68 $\pm$ 1,31	37 $\pm$ 1,13

Примечание: * Значения достоверны по отношению к контрольной группе (P<0,05 – 0,001)

Иммуноглобулины - защитные белки сыворотки крови или секретов, обладающие функцией антител и относящиеся к глобулиновой фракции.

Ведущая роль в системе местного иммунитета слизистых отводится секреторному IgA (sIgA), основным источником которого являются околоушные железы. sIgA образуется при взаимодействии плазматических клеток, синтезирующих IgA, и секреторного компонента, синтез которого осуществляют эпителиальные клетки протоков слюнных желез. [1.3.6.7.8.9].

Секреторные антитела ротовой жидкости являются иммуноглобулинами классов IgA и IgM и имеют местное происхождение. Они вырабатываются плазматическими клетками, расположенными под базальной мембраной в соединительно-тканном слое слизистой оболочки

– в собственной пластинке [2.4.5.10].

Анализ полученных данных выявил, что содержание иммуноглобулинов всех классов до лечения у пациентов нуждающихся в протезировании были близки к показателями контрольных значений. Так уровень sIgA в основной группе в среднем составил 825 $\pm$ 8,80 мг/мл когда в группе сравнения его концентрация составляла 780 $\pm$ 8,59 мг/мл (P<0,001). Концентрация IgM превысила значений контрольной группы (82 $\pm$ 2,71 мг/мл против 68 $\pm$ 1,31, P<0,001), также как и содержание IgG отличалось от показателей группы контроля (56 $\pm$ 1,11 мг/мл против 37 $\pm$ 1,13 мг/мл, P<0,01) (Рис.1).

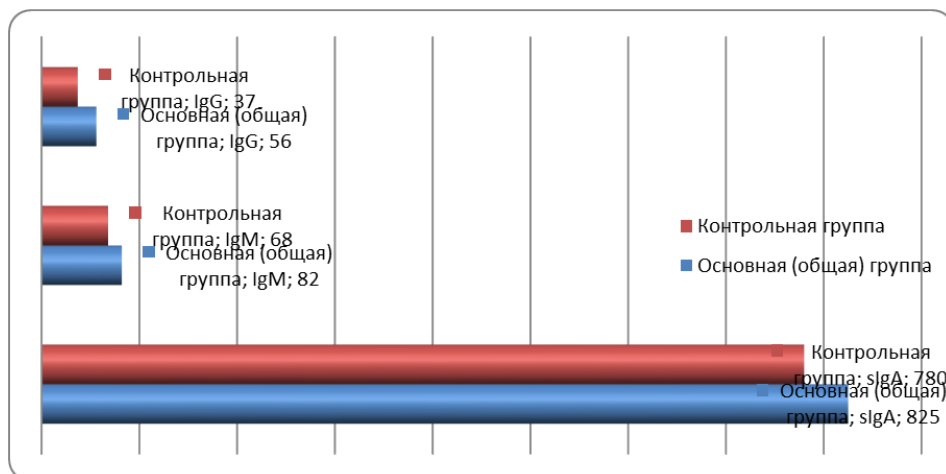


Рис. 1. Уровень иммуноглобулинов до протезирования

Полученные нами данные можно трактовать следующим образом. Согласно многочисленным исследованиям, соотношение иммуноглобулинов в полости рта иное, чем в сыворотке крови. Если в сыворотке крови человека в основном представлены IgG, а IgM содержатся в небольшом количестве, то в слюне уровень IgA может быть в 100 раз выше, чем концентрация IgG. При этом в слюне содержится гораздо больше sIgA, чем других иммуноглобулинов, так, соотношение IgA/IgG в слюне в 400 раз превышает таковое в сыворотке крови [11.13.15].

Следовательно, при отсутствии ярко выраженных воспалительных процессов в ротовой полости (пародонтозы различных степеней, гингивиты, стоматиты и др.), полученные показатели совершенно уместны.

Развитие воспалительных заболеваний определяется состоянием цитокиновой регуляции. Большинство как про-, так и противовоспалительных цитокинов присутствуют не только в периферической крови, но и в других биологических жидкостях организма [12.14.16]. Источниками их продукции являются как встроенные в эпителий слизистых оболочек лимфоциты и макрофаги, так и эпителиальные клетки слизистых оболочки и самих слюнных желез. Другим источником цитокинов в РЖ (слюне) может быть их транссудация из сыворотки крови. Однако многими исследователями отмечено, что содержание цитокинов в РЖ (слюне) не коррелирует с их уровнем в крови, что косвенно указывает на их местный синтез [17].

Таблица 2.

Уровень про- и противовоспалительных цитокинов в ротовой жидкости у обследованных пациентов до протезирования ($M \pm m$, пг/мл)

	n	ИЛ-1 β	ИЛ-6	ФНО- α	ИЛ-10
Основная (общая) группа	87	7,5 $\pm$ 0,20*	14,7 $\pm$ 0,46*	12,3 $\pm$ 0,32*	10,6 $\pm$ 0,32*
Контрольная группа	30	4,2 $\pm$ 0,26	11,8 $\pm$ 0,55	9,4 $\pm$ 0,39	8,5 $\pm$ 0,38

Примечание: * Значения достоверны по отношению к данным контрольной группы ($P < 0,05 - 0,001$)

В результате проведенного анализа в РЖ пациентов и условно здоровых лиц выявлены достоверные различия в содержании исследуемых противовоспалительных ИЛ-1 β , ИЛ-6, ФНО- α и противовоспалительного ИЛ-10 цитокинов (Табл.2).

ИЛ-1 (α и β) (ИЛ-1) Клетками-продуцентами являются моноциты, макрофаги, дендритные клетки, эндотелиальные клетки и др. Его активная продукция наблюдается при воспалительных процессах, тканевых поражениях [17]. ИЛ-

1 участвует практически во всех этапах иммунного ответа, способствует активации клеток в очаге воспаления, усиливает продукцию других цитокинов, а также простагландинов, синтез коллагена и фибронектина, стимулирует фагоцитоз, генерацию супероксид-радикалов, вызывает дегрануляцию тучных клеток. [18].

Иммунологическая роль ИЛ-1 β заключается в запуске первых стадий иммунного ответа, вовлечении в процесс определенных Т-лимфоцитов – Т-хелперов. Он стимулирует превращение

В-лимфоцитов в плазматические клетки, ускоряет образование антител. Воспалительная роль ИЛ-1 β проявляется увеличением подвижности нейтрофилов, стимуляцией активности клеток в очаге воспаления, повышением активности других цитокинов [17].

Анализ полученных данных выявил, что

содержание ИЛ-1 β до лечения у пациентов был относительно близким данным контроля. Так уровень ИЛ-1 β в основной группе в среднем составил $7,5 \pm 0,20$ пг/мл когда в группе сравнения его концентрация составляла $4,2 \pm 0,26$ пг/мл ($P < 0,001$). (Рис.2).

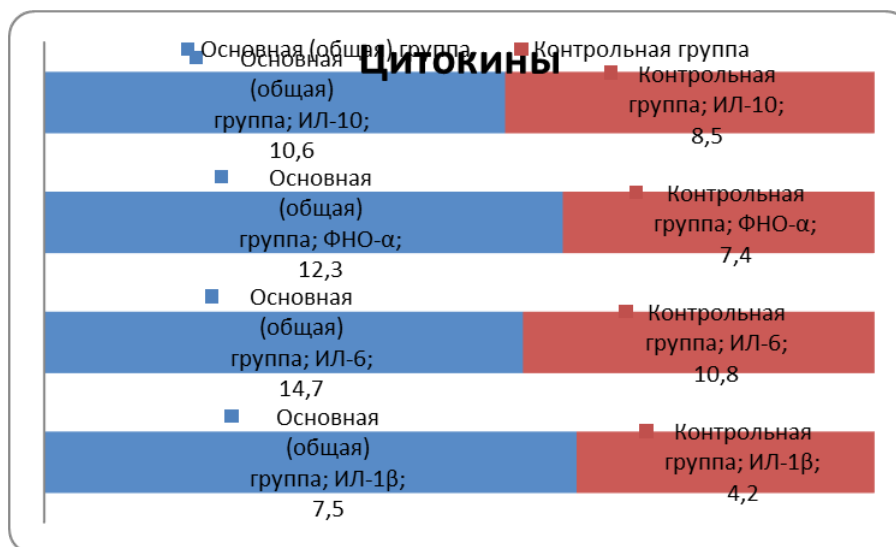


Рис.2. Концентрация цитокинов до протезирования

Известно, что роль ИЛ-6 в воспалении тесно связана с ИЛ-1 β и TNF- α . Клетками-продуцентами цитокина являются моноциты, макрофаги, Th2-клетки, костномозговые стромальные клетки, фибробласты, гепатоциты и др. ИЛ-6 является индуктором созревания В-клеток в плазматические клетки, выработки ими антител. Цитокин является мощным стимулятором выработки белков острой фазы воспаления клетками печени. Данный противовоспалительный цитокин способен усиливать пролиферацию эндотелиальных клеток [18]. После встречи с антигеном, специализированные клетки первоначально выделяют ИЛ-1 β и TNF- α , а только потом ИЛ-6 [17].

Полученные данные указывают на то, что концентрация ИЛ-6 в общей группе пациентов до начала ортопедического лечения превысила значений контрольной группы в более чем 1,3 раза ($14,7 \pm 0,46$ пг/мл против $10,8 \pm 0,55$, пг/мл, $P < 0,001$), что говорит об уже сформированном воспалительном очаге в ротовой полости (Рис.2).

Следующим этапом было изучение синтеза фактора некрозов опухолей - α (TNF- α), который является продуктом моноцитов, макрофагов, эндотелиальных базофил, тучных и миелоидных клеток, клеток нейроглии и обладает широким спектром биологического действия. Этот цитокин играет роль в развитии воспалительного ответа: инициирует синтез интерлейкин-1, интерлейкин-6, а также стимулирует пролиферацию Т- и

В-лимфоцитов [15].

Как правило, содержание ФНО- α не определяется, либо находится на низком уровне в сыворотке крови здоровых доноров, тогда как при развитии патологического процесса его количество возрастает в несколько раз.

Так синтез ФНО- α у пациентов в общей группе до протезирования составил в среднем 12,3 пг/мл, когда в контрольной группе эти значения были равны 9,4 пг/мл, что в 1,3 раз больше ($P < 0,001$).

В настоящем исследовании был изучен уровень важного противовоспалительного цитокина ИЛ-10 в РЖ. Основным эффектом ИЛ-10 - противовоспалительный. Он реализуется через подавление активности макрофагов и Т-лимфоцитов, а также подавляет продукцию всех противовоспалительных цитокинов, интерферона, пролиферативный ответ Т-клеток на антигены и митогены [17]. Выступая в роли Th2-цитокина и благодаря способности подавлять у моноцитов и Th1- лимфоцитов продукцию цитокинов и угнетать антиген презентующую способность моноцитов, ИЛ-10 угнетает клеточный иммунный ответ, стимулируя в то же время пролиферацию В-лимфоцитов и гуморальный иммунный ответ [18].

При анализе данных, полученных в результате исследования, установлено достоверное увеличение уровня ИЛ-10 в основной группе наблюдения до ортопедического лечения в 1,2 раза

(10,6 пг/мл против 8,5 пг/мл) ($P<0,01$).

Таким образом, полученные нами данные гуморального звена локального иммунитета и цитокинового статуса ротовой полости указывают на ослабление местной иммунной защиты полости рта до протезирования, связанную с необходимостью протезирования.

Металлокерамические протезы – конструкции, представляющие собой каркас, основа которого изготовлена из металла. Верхнее покрытие выполняется из керамики. Такие конструкции позволяют решать проблему адентии у пациентов любого возраста. Они отлично восстанавливают жевательную функцию, а также отличаются превосходным внешним видом. На сегодняшний день зубное протезирование при помощи металлокерамики является наиболее востребованным среди пациентов. Это обусловлено множеством преимуществ, которыми обладают металлокерамические конструкции. В настоящем исследовании у пациентов пользующихся металлокерамическими мостовидными протезами наблюдали различную клиническую картину.

Среди обследованных у 7 пациентов наблюдали гингивиты. Эти пациенты пользовались металлокерамическими мостовидными протезами более 5 лет. У 5 пациентов наблюдали парадонтит средней степени тяжести, которые пользовались зубными протезами больше 10 лет. С пародонтитом тяжелой степени в стадии обострения мы не наблюдали.

Пациенты предъявляли жалобы на болезненные ощущения на слизистой оболочке полости рта при смыкании зубов, а также при наложении зубного протеза. При осмотре выявлены воспалительные изменения на слизистой оболочке протезного ложа, которые были представлены гиперемией и эрозией, локализованными в области границы зубного протеза, а также в зонах повышенного давления базиса на слизистую оболочку.

У пациентов группы с металлокерамическими зубными протезами местный гуморальный иммунитет активно отвечает на антигенное (не переносимость к сплаву металлов) воздействие, о чем свидетельствует высокие титры sIgA, IgM и IgG в ротовой жидкости.

Таблица 3.

Уровень иммуноглобулинов основных классов в ротовой жидкости у обследованных пациентов до и после протезирования ($M \pm m$)

	Контрольная группа n=30	Основная (общая) группа до протезирования n=87	После протезирования n=87	
			Через 7 дней	Через 1 месяц
sIgA, мг/мл	780±8,59	825±8,80*	985±25,16**	751±8,84**
IgM мг/мл	68±1,31	82±2,71*	174±5,22**	96±2,44**
IgG мг/мл	37±1,13	56±1,11*	93±2,38**	125±2,96**

Примечание: * - признак достоверности отличий по отношению к данным контрольной группы; ** - признак достоверности до и после лечения.

Таблица 4.

Уровень про- и противовоспалительных цитокинов в ротовой жидкости у обследованных пациентов до и после протезирования ($M \pm m$, пг/мл)

	Контрольная группа n=30	Основная (общая) группа до протезирования 87	После протезирования n=87	
			Через 7 дней	Через 1 месяц
ИЛ-1β	4,2±0,26	7,5±0,20*	22,7±0,35**	16,4±0,74**
ИЛ-6	11,8±0,55	14,7±0,46*	42,9±1,07**	28,7±0,72**
ФНО-α	9,4±0,39	12,3±0,32*	37,2±0,76**	24,5±1,03**
ИЛ-10	8,5±0,38	10,6±0,32*	21,5±0,55**	15,3±0,65**

Примечание: * - признак достоверности отличий по отношению к данным контрольной группы; ** - признак достоверности до и после лечения.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно констатировать о том, что установленный цитокиновый дисбаланс в РЖ свидетельствует об увеличении антигенной нагрузки и повышении проницаемости слизистой оболочки полости рта в результате травматического генеза протезного ложа и как следствие развившегося воспалительного процесса.

Список литературы:

1. O.A. Rajabov., A.S. Inoyatov., Sh. Sobirov. «Comparative assessment of structural and functional changes in periodontal tissues during prosthetics with metal-ceramic and zirconium dentures» International Journal of Progressive and Technologies 22 (2) 19-28.
2. Ражабов О.А., Хайитова М.А. «Клинические изменения полости рта при использовании металлокерамических зубных протезов» “Tibbiyotda yangi kun” ilmiy referativ, marifiy-ma’naviy jurnal 1(29)2020 322-324.
3. Rajabov O.A. «Clinical and functional changes in the oral cavity using ceramic metal dentures» ACADEMICIA An International Multidisciplinary Research Journal..., 2020 209-215.
4. Ражабов О.А. “Заболевания слизистой оболочки полости рта обусловленные металлокерамическими и циркониевыми зубными протезами” “Tibbiyotda yangi kun” ilmiy referativ, marifiy ma’naviy jurnal 44(33)2020 106-113.
5. R.O. Asrorovich., A. Shodiyevich «Comparative assessment of structural and functional changes in periodontal tissues during prosthetics with metal-ceramic and zirconium dentures» “European Journal of molecular & Clinical Medicine” 7(7) 583-594.
6. O.A. Razhabov., Khayitova M.A. «Due to intolerance of dental materials used for therapeutic treatment» “International Journal on integrated Education 3”(issue XI) 160-162.
7. Ражабов О.А., Инояттов А.Ш., Ирсалиева Ф.Х. “Клинико-функциональные изменения полости рта при использовании металлокерамических зубных протезов” “Стоматология” 2(2) 56-59.
8. Rajabov O.A. “The State of Immune Homeostasis of the Mucosa in Prosthetics with Metaloceramic and Zirconic Dental Prosthesis”. Central Asian journal of medical and natural sciences 4(4) 367-377.
9. Otabek Rajabov, Irsaliev H.I., (2021). Comparative Assessment of the Cytokine Profile in Dynamics in Patients with Orthopedic Constructions from Different Construction Materials. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 3197-3202.
10. Ирсалиев Х.И., Сафаров М.Т., Хасанова Н. Гемодинамические изменения слизистой оболочки альвеолярного гребня нижней челюсти при частичных дефектах зубных рядов. Ж. Stomatologiya № 1-2, 2010 (41-42) стр. 79-85.
11. Ирсалиев Х.И. соавт. Сканирующая электронная микроскопия зубов после одонтопрепарирования и покрытия Fluoroprotector. Ж. Stomatologiya 2000, №4 стр. 25-28.
12. Ирсалиев Х.И. Сканирующая электронная микроскопия твердых тканей зубов при их патологической стираемости. Ж. Stomatologiya 2002, №3-4 стр. 16-21.
13. Жидовинов А.В. Обоснование применения клинико-лабораторных методов диагностики и профилактики гальваноза полости рта у пациентов с металлическими зубными протезами: автореф. дис.... мед. наук.- Волгоград, 2013.- 23 с
14. Гумилевский Б.Ю., Жидовинов А.В., Денисенко Л.Н., Деревянченко С.П., Колесова Т.В. Взаимосвязь иммунного воспаления и клинических проявлений гальваноза полости рта. Фундаментальные исследования. -2014. № 7-2. С. 278 -281
15. Kettelarij J.A., Lidén C., Axén E., Julander A. // Contact Dermatitis. – 2014. – Vol. 70, N1. – P.3–10
16. Minciullo P.L., Paolino G., Vacca M., Gangemi S., Nettis E. // Clin. Mol. Allergy. – 2016. – Vol. 14, N1. – P.10
17. Schwarz I., Bokanovic D., Aberer W. // Hautarzt. – 2016. – Vol. 67, N10. – P.780–785

Аннотация

Как известно, в обеспечении мукозального иммунитета ротовой полости важное значение имеет ротовая жидкость (РЖ) (слюна), содержащая большое количество веществ, обладающих антимикробным действием: лизоцим, лактоферрин, иммуноглобулины, антимикробные пептиды и другие активные вещества. Содержащиеся в РЖ (слюне) иммуноглобулины, в особенности sIgA, препятствуют адгезии микроорганизмов, лизоцим разрушает стенки бактерий, а лактоферрин лишает бактерии железа.

Ключевые слова: иммунологические исследования, металлокерамический протез, дефект зубного ряда.

Annotation As you know, in ensuring the mucosal immunity of the oral cavity, the oral fluid (OR) (saliva), which contains a large amount of substances with antimicrobial action, is of great importance: lysozyme, lactoferrin, immunoglobulins, antimicrobial peptides and other active substances. The immunoglobulins contained in the gastric liquid (saliva), in particular sIgA, prevent the adhesion of microorganisms, lysozyme destroys the walls of bacteria, and lactoferrin deprives bacteria of iron.

Key words: immunological research, metal-ceramic, prosthetics.

Annotatsiya

Ma'lumki, og'iz bo'shlig'ining shilliq qavatining immunitetini ta'minlashda ko'p miqdorda mikroblarga qarshi ta'sirga ega bo'lgan moddalarni o'z ichiga olgan og'iz suyuqligi (OR) (so'lak) katta ahamiyatga ega: lizozim, laktoferrin, immunoglobulinlar, mikroblarga

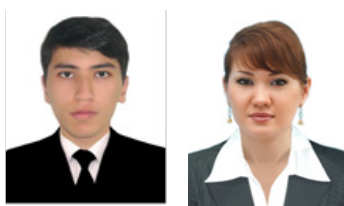
qarshi peptidlar va boshqalar. faol moddalar. Oshqozon suyuqligi va (so'lak) tarkibidagi immunoglobulinlar, xususan sIgA mikroorganizmlarning yopishishini oldini oladi, lizozim bakteriyalarning devorlarini yo'q qiladi va laktoferrin bakteriyalarogik xususiyatini oshiradi.

Kalitso'zlar: immunologic tadqiqotlar, metall-keramikaprotezlash.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-98>

УДК: 56.6:28.4

ТИШ ИМПЛАНТЛАРИНИ ОРТОПЕДИК ТИКЛАШДАН КЕЙИН ТУРЛИ ВАҚТЛАРДА ОҒИЗ ФЛОРАСИНИНГ МИКРОБИОЛОГИК ТАДҚИҚОТЛАРИ



Ахмедов М.Р., Ризаева С.М., Ахмедова Х.Ю.

Тошкент давлат стоматология институти, Республика ихтисослаштирилган эпидемиология, микробиология, юқумли ва паразитар касалликлар илмий-амалий тиббиёт маркази

Оғиз бўшлиғининг микрофлораси инсон танаси ва микроорганизмлар ўртасидаги эволюция жараёнида шаклланади ва ўзига хос, мураккаб ва барқарор микробиоценоз бўлиб, микроорганизмларнинг ҳаётий фаолиятининг ўсиши ва сақланиши учун қулай муҳит ҳисобланади [1,2,4].

Оғиз бўшлиғининг кўплаб микроорганизмлари ҳаётий фаолияти давомида тиш кариесининг ривожланишига ҳисса қўшадиган органик кислоталарни ишлаб чиқаради ва баъзи шароитларда баъзи микроорганизмлар оғиз бўшлиғида чуқур патологик жараёнларни келтириб чиқариши мумкин [1,3-5]. Юқорида айтилганларнинг барчасини ҳисобга олган ҳолда, турли хил ортопедик операциялар пайтида оғиз бўшлиғининг микробиоценозини ўрганиш жуда муҳимдир [1,5]. Икки қисмдан иборат имплантатни қўллашда имплант ва абатмент ўртасидаги бўшлиқ ҳудудни бактериялар ва уларнинг метаболизм маҳсулотлари тўлдириши мумкин ва улар имплантатни ўраб турган юмшоқ тўқималарда яллиғланиш реакциясини ривожланишини бошлаши мумкин.

Тадқиқот мақсади

Имплантлар устига протезлаш пайтида платформалар ўтказиш усули қўлланган ва

қўлланмаган одамларда оғиз бўшлиғининг микробиологик манзарасини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар

Тадқиқот ИМПРО корхонаси томонидан ишлаб чиқарилган фиксатор винтидан фойдаланган ҳолда имплант-абатмент уланиш тизимига эга бўлган тиш имплантлари қўйилган беморларда, ТДСИ ортопедик стоматология кафедрасида даволашнинг ортопедик босқичида ўтказилди. Барча беморларга "Қисман иккиламчи адентия" ташхиси қўйилган ва улар 2 гуруҳга бўлинган: 1-гуруҳ 26 та беморни имплант-абатмент тизимига эга, платформа ўтқазилмаган; 2-гуруҳга абатментда платформа ўтиш элементи бўлган 42 та бемор кирган. Тадқиқот беморларни кузатиш динамикасида - ортопедик структурани ўрнатишдан олдин, ортопедик тузилмани ўрнатгандан 3 ва 6 ой ўтгач амалга оширилди.

Микробиологик ўрганиш учун материал абатмент атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг шиллиқ қаватидан олинган биоматериал эди.

Натижалар

Абатмент атрофидаги юмшоқ тўқималар шиллиқ қаватидан олинган биоматериалда оғиз бўшлиғи микробиоценозига хос микроорганизмларнинг деярли тўлиқ рўйхати аниқланди. Микроорганизмларнинг доимий

яшовчи турларининг деярли ярми факультатив ва мажбурий анаэроб стрептококклар бўлиб, улар *Str. mutans*, *Str. sanguis*, *Str. mitis*, *Str. salivarius* ва пептострептококклар, қолган ярми вейлонелла ва дифтероидлар билан ифодаланади. Оғиз микрофлорасининг қолган қисми (стафилококклар, лактобактериялар, бактероидлар, нейссериялар, замбуруғлар) анча кам микдорда аниқланади (1-жадвал).

Дастлаб протезлашдан олдин беморларда оғиз бўшлиғининг микроблар таркиби динамикада беморларнинг 1-гуруҳидаги 3 ойдан сўнг биз ўрганган оғиз микрофлораси вакиллари деярли бир хил частотада аниқланди ва деярли бир хил

микдордаги ҳажмда қолди. Мисол, ўрганган микрофлоранинг вакили *Streptococcus salivarius* кузатув динамикасида микдори сезиларсиз ўзгарди. Анаэроб стрептококкларнинг вакили – *Peptostreptococcus anaerobius*, протезлашдан олдин $6,2 \pm 0,21 \times 10^6$ КОЕ/г гача бўлган микдорда аниқланган, 3-ойидан сўнг бироз пасайган – $4,1 \pm 0,20 \times 10^5$ КОЕ/г, аммо 6-да ойда унинг кўпайиши қайд этилган ва $4,7 \pm 0,20 \times 10^5$ КОЕ/г га тенг бўлган. Ушбу беморлар гуруҳида *Corynebacterium spp.* сонининг ижобий тенденцияси кузатилди, динамикада барча даврларида кўпайиши билан тавсифланади.

1-жадвал

Платформага ўтмаган одамларда оғиз бўшлиғи асосий микрофлорасининг сифатли ва микдорий таркиби, КОЕ/г

Микроорганизмларнинг тури	Тадқиқотнинг даврилари		
	протезлашдан олдин	3 ойдан сўнг	6 ойдан сўнг
<i>Str. mutans</i>			
<i>Str. epidermidis</i>			
<i>Str. sanguis</i>			
<i>Str. salivarius</i>			
<i>Neisseria spp.</i>			
<i>Fusobacterium spp.</i>			
<i>Staph. aureus</i>			
<i>Corynebacterium spp.</i>			
<i>C. pseudodiphthericum</i>			
<i>L. buccalis</i>			
<i>V. parvula</i>			
<i>B. gingivalis</i>			
<i>Enterobacterium spp.</i>			
<i>Peptostreptococcus anaerobius</i>			

Изох. * – $p < 0,05$ фарқ протезлашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан сезиларли.

Шунингдек, агрессив микрофлоранинг вакиллари аниқланди ва улар орасида *Enterobacterium spp.* микдори кузатув динамикасида бироз пасайган. Бундай хос бўлмаган бактерияларни аниқлаш имплант-гингивал алоқа соҳасида дисбиёз мавжудлигини кўрсатиши мумкин. Шунингдек, таркибида *Staph. aureus* мавжудлигини ва кузатув жараёнида деярли динамиканинг йўқлигини таъкидлаш керак $5,1 \pm 0,20 \times 10^6$ КОЕ/г тадқиқот бошида ва $4,2 \pm 0,20 \times 10^6$ КОЕ/г кузатув охирида.

Абатментда платформа ўтказиш усули билан протезланган беморларда микроб

флорасининг динамикасини барқарорлаштирувчи ва агрессив компонентлари вакиллари микдорий кўрсаткичлари протезлашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан пасайганлигини кўрсатди.

Демак, кузатувнинг 3-ойида *Str. mutans* ва *Staph. epidermidis* сонининг протезлашдан олдин маълумотларга нисбатан бир оз ортиши кузатилмоқда. 6-ойга келиб – *Str. mutans* нинг олдинги даврига нисбатан ва *Staph. epidermidis* нинг пасайиши кузатилмоқда, аммо протезлашдан олдин ушбу кўрсаткичларнинг даражасига нисбатан бироз баланд бўлиб қолмоқда.

Абатментда платформа ўтиши бўлган одамларда оғиз бўшлиғи асосий микрофлорасининг сифатли ва микдорий таркиби, КОЕ/г

Микроорганизмларнинг тури	Тадиқотнинг даврилари		
	протезированидан олдин	3 ойдан сўнг	6 ойдан сўнг
<i>Str. mutans</i>	$(1,9 \pm 0,12) \times 10^4$	$(2,8 \pm 0,14) \times 10^4$	$(2,5 \pm 0,15) \times 10^4$
<i>Staph.epidermidis</i>	$(2,1 \pm 0,20) \times 10^5$	$(2,7 \pm 0,21) \times 10^5$	$(2,4 \pm 0,16) \times 10^5$
<i>S. sanguis</i>	$(4,2 \pm 0,21) \times 10^5$	$(3,2 \pm 0,16) \times 10^5$	$(2,6 \pm 0,12) \times 10^5$
<i>S. salivarius</i>	$(5,3 \pm 0,20) \times 10^6$	$(4,4 \pm 0,23) \times 10^5^*$	$(3,8 \pm 0,16) \times 10^5^*$
<i>Neisseria spp.</i>	$(4,4 \pm 0,21) \times 10^6$	$(2,1 \pm 0,18) \times 10^5^*$	$(1,64 \pm 0,23) \times 10^5^*$
<i>Fusobacterium spp.</i>	$(2,3 \pm 0,20) \times 10^4$	$(3,6 \pm 0,17) \times 10^4$	$(2,8 \pm 0,21) \times 10^4$
<i>Staph. aureus</i>	$(5,1 \pm 0,20) \times 10^6$	$(3,8 \pm 0,21) \times 10^5^*$	$(3,2 \pm 0,20) \times 10^5^*$
<i>Corynebacterium spp.</i>	$(2,6 \pm 0,20) \times 10^5$	$(5,4 \pm 0,23) \times 10^5$	$(5,8 \pm 0,21) \times 10^5$
<i>C. pseudodiphthericum</i>	$(2,4 \pm 0,20) \times 10^6$	$(5,6 \pm 0,20) \times 10^5^*$	$(4,4 \pm 0,18) \times 10^5^*$
<i>L. buccalis</i>	$(1,8 \pm 0,20) \times 10^4$	$(4,6 \pm 0,20) \times 10^4$	$(3,8 \pm 0,16) \times 10^4$
<i>V. parvula</i>	$(8,6 \pm 0,19) \times 10^6$	$(4,0 \pm 0,20) \times 10^5^*$	$(2,8 \pm 0,12) \times 10^5^*$
<i>B. gingivalis</i>	$(5,8 \pm 0,11) \times 10^6$	$(4,2 \pm 0,14) \times 10^4^*$	$(3,8 \pm 0,21) \times 10^4^*$
<i>Enterobacterium spp.</i>	$(4,5 \pm 0,12) \times 10^6$	$(3,2 \pm 0,21) \times 10^5^*$	$(2,5 \pm 0,20) \times 10^5^*$
<i>P .anaerobius</i>	$(6,2 \pm 0,21) \times 10^6$	$(3,1 \pm 0,20) \times 10^5^*$	$(2,7 \pm 0,21) \times 10^5^*$

Изох. * – $p < 0,05$ фарқ протезлашдан олдинги кўрсаткичларга нисбатан сезиларли.

Анаэроб стрептококклар *Peptostreptococcus anaerobius* учун ушбу гуруҳдаги беморларнинг протезлашдан олдин микдорий кўрсаткичи кузатув динамикасида камайди. Протезлашдан олдин коринебактериялар сони $2,6 \pm 0,20 \times 10^5$ КОЕ/г даражасида эди, кузатув динамикасида 3- ва 6-ойга келиб унинг даражаси ўсиши қайд этилди.

Коринобактериялар ҳаётий фаолияти давомиди молекуляр кислородни фаол равишда камайтиради ва К витаминини синтез қилади, бу эса мажбурий анаэробларнинг ривожланишига ёрдам беради. Кейинги кузатув даврларида аниқланган коринебактериялар сонининг кўпайиши ушбу беморларда оғиз микрофлорасининг динамикаси ижобий тавсифланади.

Агрессив микрофлора вакили энтерококкларнинг микдорий кўрсаткичи ушбу кузатувнинг барча даврларида сони камайиши кузатилди ва 6-ойда улар $2,5 \pm 0,20 \times 10^5$ КОЕ/г ни ташкил этди.

Шундай қилиб, абатментда платформа ўтказиш усулида, имплантлар устидаги протез конструкциясидан 6 ой фойдалангандан сўнг беморларда ижобий микробиоценоз ҳосил бўлади, аммо қиймати биз ўрганган барча микроорганизмлар вакиллариининг юқори даражаси сақланиб қолмоқда. Шу билан бирга, микроблар ландшафти *Str. salivarius*, *Str. sanguis*, *Corynebacterium spp.* тарқалиши билан ажралиб туради. Шу билан бирга текширилаётган материалдаги оғиз бўшлиғи учун хос бўлмаган, энтеробактериялар, энтерококклар сингари микроорганизмларнинг кўпайиши, имплант-

гингивал алоқа соҳасида дисбиёз ривожланишини кўрсатади.

Адабиётлар

1. Вольф А.Г. Микробная флора полости рта: пути заселения, распространения, распределения по биотопам полости рта в норме и патологии // Стоматол. обозрение. – 2004. – №1. – С. 7-10.
2. Захаров А.А., Ильина Н.А. Анализ микрофлоры ротовой полости обследованных людей с различными заболеваниями // Успехи соврем. естествознания. – 2007. – №12-3. – С. 141-143.
3. Каргальцева Н.М. Ротовая полость – важный биотоп организма человека // Институт стоматологии. – 2001. – №1. – С. 18-21.
4. Кренделев М.С. Нормальная микрофлора ротовой полости человека // Соврем. пробл. науки и образования. – 2015. – №5. – С. 24-27.
5. Михальченко Д.В., Бадрак Е.Ю., Михальченко А.В., Ярыгина Е.Н. Внутренний интерфейс дентального имплантата как очаг хронической инфекции // Мед. вестн. Сев. Кавказа. – 2015. – Т. 10, №3. – С. 307-309.
6. Яковлев А.Т., Бадрак Е.Ю., Михальченко Д.В. и др. Исследование микрофлоры в области соединения дентального имплантата с абатментом // Волгоградский науч.-мед. журн. – 2015. – №1. – С. 46-49.

Цель: изучение микробиологического ландшафт полости рта человека с использованием и без использования метода платформенного переноса при протезировании на имплантатах.

Материали методы: исследование проводилось у пациентов с дентальными имплантатами с системой соединения имплантат-абатмент с помощью фиксирующего винта производства IMPRO. В 1-ю группу вошли 26 пациентов с системой имплантат-абатмент, платформа не была пересажена, во 2-ю – 42 пациента с переходным элементом платформы в абатменте.

Результаты: через 6 месяцев использования протезной конструкции на имплантатах у пациентов развивается положительный микробиоценоз, причем уменьшается количество агрессивной составляющей микрофлоры.

Выводы: распространение в исследуемом материале неспецифических для полости рта микроорганизмов, таких как энтеробактерии, энтерококки, свидетельствует о развитии дисбактериоза в области имплант-десневого сообщения.

Ключевые слова: полость рта, микробный пейзаж, система имплантат-абатмент.

Maqsad: implantlarda protezlash uchun platforma o'tkazish usuli bilan va foydalanmasdan inson og'iz bo'shlig'ining mikrobiologik landshaftini o'rganish.

Material va usullar: tadqiqot IMPRO tomonidan ishlab chiqarilgan mahkamlash vintidan foydalangan holda implant-abutment ulanish tizimiga ega bo'lgan tish implantlari bo'lgan bemorlarda o'tkazildi. 1-guruhga implant-abutment tizimiga ega 26 bemor, platforma ko'chirilmagan, 2-chi – abutmentda platforma o'tish elementi bo'lgan 42 bemor.

Natijalar: implantlarda protez tuzilmasini

qo'llashdan 6 oy o'tgach, bemorlarda ijobiy mikrobiotsenoz rivojlanadi va agressiv mikroflora komponentining miqdori kamayadi.

Xulosa: enterobakteriyalar, enterokokklar kabi og'iz bo'shlig'iga xos bo'lmagan mikroorganizmlarning o'rganilayotgan materialda tarqalishi implant-gingival aloqa sohasida disbiozning rivojlanishini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: og'iz bo'shlig'i, mikrobial landshaft, implant-abutment tizimi.

Objective: To study the microbiological landscape of the human oral cavity with and without the use of the platform transfer method for prosthetics on implants.

Material and methods: The study was carried out in patients with dental implants with an implant-abutment connection system using a fixing screw manufactured by IMPRO. The 1st group included 26 patients with the implant-abutment system, the platform was not transplanted, the 2nd - 42 patients with the platform transition element in the abutment.

Results: After 6 months of using a prosthetic structure on implants, patients develop a positive microbiocenosis, and the amount of the aggressive microflora component decreases.

Conclusions: The spread of microorganisms nonspecific for the oral cavity, such as enterobacteria, enterococci, in the studied material, indicates the development of dysbiosis in the area of the implant-gingival communication.

Key words: oral cavity, microbial landscape, implant-abutment system.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-99>
УДК: 616.314:546.831-089.843

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОЙ КОНСТРУКЦИИ ДИОКСИД ЦИРКОНИЕВЫХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ШТИФТОВ



Нигматова Н.Р., Акбаров А.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Несмотря на применение в повседневной практике современных технологий для протезирования больных со значительным или полным разрушением коронковой части зуба, частота осложнений при использовании литых культевых штифтовых вкладок остается высокой. По данным исследований отечественных

(Алимский А.В., 1983; Копейкин В.Н., 1998) и зарубежных авторов, к наиболее часто встречающимся осложнениям относятся раскол корня, причиной которого может стать истончение стенок канала, а также неправильная геометрия штифта и конструкция самой литой культевой вкладки. Этому также может способствовать

функциональная травматическая перегрузка зубов, расцементирование литой культевой штифтовой вкладки, причиной которого может быть недостаточная ретенция штифта в канале корня зуба, короткий штифт; а также частичная расцементировка, следствием которой может быть выход ионов металлов в полость рта и организм в целом; расцементировка искусственной коронки из-за значительной конвергенции стенок культы литой культевой штифтовой вкладки.

Цель исследования

Разработка и клиническая оценка эффективности новой конструкции диоксид циркониевого индивидуального штифта.

Материалы и методы исследований

Клинические исследования проводились

в поликлиники кафедры факультетской ортопедической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института. Материалом для анализа и выводов служили данные обследования 21 пациентов с дефектом коронковой части зуба. Из них 13 (61,9%) мужчин и 8 (38,1%) женщин в возрасте от 18 до 45 лет. Основная группа больных были разделены на 2 группы: 1-ая группа больных с полным разрушением коронковой части зуба, были изготовлены нами разработанная конструкция штифтового зуба из диоксид циркониевого индивидуального штифта – 12 пациентов; и 2-ая группа больных, которым были изготовлены штифтовые зубы по традиционному способу – 9 пациентов (Рис. 1).



Рис. 1. Традиционно изготовленный гладкий штифтовый зуб

В качестве показателей нормы использовали результаты обследования 18 здоровых лиц сопоставимого пола и возраста, являющихся контролем.

Всем пациентам проводили клинические, рентгенологические, фотометрические, лабораторные, функциональные и статистические методы исследования.

Результаты исследования

В задачи исследования входила разработка нового типа зубного штифта, снабженного съемной головкой, простого в выполнении, удобного в использовании, а также расширение ассортимента средств зубного штифтования.

Поставленную задачу решили тем, что в зубном штифте с вкладкой для однокорневого зуба, выполненном в виде винта, состоящего из двух частей: внутри-корневой и внекорневой. Внутрикорневая часть выполнена в виде усеченного конуса с резьбой, внекорневая имеет разрез для вкручивания штифта, внекорневая

часть выполнена в форме конуса.

Нами предложены варианты штифта с различными параметрами длины, диаметра и шага резьбового участка (Патент РУз. № от 2020 г).

Зубной штифт выполнен монолитным, при этом внутрикорневая (апикальная) часть и внекорневая часть для коронки (в виде абатмента), представляют собой отдельные участки цельного винта, снабженного съемным винтом с головкой. Такой зубной штифт используется при одноэтапной фиксации искусственных коронок.

Сочетание в одной внекорневой части указанного зубного штифта двух функций (заглушки для устья канала и формирователя коронковой части зуба) упрощает и ускоряет процесс лечения. Выполнение культевой головки съемной позволяет производить ее замену в случае износа или повреждения.

На рис. 2 показан общий вид штифта с вкладкой при его расположении в зубном канале.

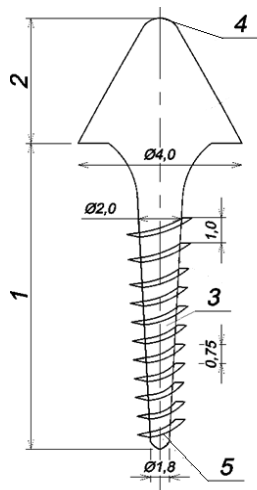


Рис. 2. Общий вид штифта с вкладкой

Разработанная нами штифтовый зуб предназначен для протезирования премоляров и передних зубов при полном отсутствии у них естественной коронки, но при сохранении его корня на уровне десны с хорошо проходимым каналом.

Еще одна область применения, в которой диоксид циркония отлично себя зарекомендовал, особенно когда речь идет о восстановлении фронтальной группы зубов (Рис. 3).

Далее препарируем над десневую часть (над корневая площадка) корня зуба, с использованием ретракционной нити так, чтобы она была ниже края десны на нижней челюсти и выше края десны на верхней челюсти на 0,2-0,3 мм, чтобы культя (вкладка) с керамикой погружалась под десну на 0,2 – 0,3 мм с целью исключения эстетических недостатков. При этом надкорневая площадка зуба сошлифовывается под углом 90° относительно продольной оси зуба, для обеспечения плотного контакта культи зуба с керамикой и равномерной передачи жевательного давления на корень зуба.

Для изготовления циркониевых штифтов используется высокотехнологическое оборудование. Процесс полностью



Рис. 3. Диоксид циркониевый штифтовый зуб

Последовательность работы. Предлагаемый зубной штифт с вкладкой для однокорневого зуба для восстановления отсутствующей клинической коронки премоляров и передних зубов изготавливается следующим образом. Пломбируем корневой канал зуба и в последующем, создаем место для штифта (Рис. 4).



Рис. 4. Пломбировка корневого канала зуба автоматизирован, происходит без участия человека по методике CAD\CAM. Компьютер обрабатывает полученную информацию и создает виртуально будущую конструкцию (Рис. 5). Оттенок красителя выбирается по цвету натуральной зубной эмали пациента.

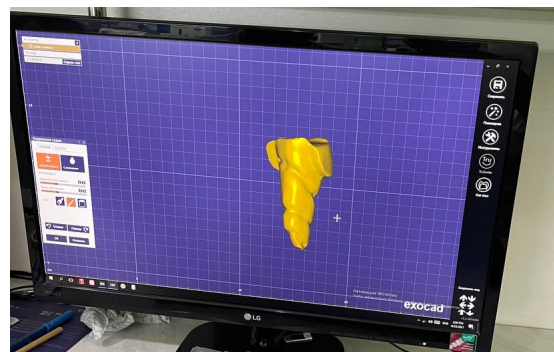


Рис. 5. Компьютер обрабатывает полученную информацию и создает виртуально будущую конструкцию

Компьютер создает сверхточную трехмерную модель будущей конструкции и в автоматическом режиме при помощи фрез и водного охлаждения «вытачивает» реставрацию из цельного блока циркония.

После шлифовки штифта из оксид циркония техник обрабатывает готовый штифт и передает его клинику. Готовый штифт припасовывали в полости рта с целью оценки качества его

изготовления и проверки плотности прилегания искусственной культи к наддесневой поверхности зуба. После проверки его извлекаем и с помощью антисептических растворов готовим к цементировке (Рис. 6).

Завершающим этапом изготовления зубного штифта с вкладкой является его фиксация в корневом канале зуба стеклоиономерным цементом (Рис. 7).



Рис. 6. Резьбовой конструкции штифтовых зубов из диоксида циркония, изготовленного методом 3D фрезирования.



Рис. 7. Фиксированный стеклоиономерным цементом резьбовой штифтовый зуб из диоксида циркония

Эффективность предложенного нами зубного штифта с вкладкой заключается в исключении давления пломбировочного (фиксирующего) материала на стенки канала корня за счет выхода избытков материала через созданную резьбу, предупреждении раскола корня, что особенно важно при изготовлении вкладок на корни зубов с истонченными стенками.

Результаты клинического использования предложенной нами конструкция штифтов, в качестве опоры цельнокерамической коронки показали высокую эффективность, не отмечено в течении всего периода наблюдения случаев

расколов корня или конструкции в какой-либо ее части, расфиксации штифта или коронки. Керамическая коронка, композит культи и штифт практически не изменяются в цвете. Единственной проблемой, на наш взгляд, не связанной с конструктивными материалами, являются случаи рецессии десны, атрофии маргинальной костной ткани.

Таким образом, эффективность штифтовых конструкций из материалов на основе диоксида циркония через 1,5-2 года составляет 95 % (включая осложнения, не имеющие прямого отношения к материалам конструкции).

ВЫВОДЫ

Таким образом, на основе анатомо-топографических особенностей фронтальных зубов научно обосновано изготовление резбовой конструкции штифтовых зубов из диоксида циркония, изготовленного методом 3D фрезирования.

Результаты клинического использования предложенной нами конструкция штифтов, в качестве опоры цельнокерамической коронки показали высокую эффективность.

Предложенная штифтовая конструкция может найти широкое применение в современном практическом здравоохранении.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Акбаров А.Н., Нигматова Н.Р. Разработка и использованием новой конструкции диоксид циркониевых индивидуальных штифтов для однокорневого зуба / Научно-практический журнал «Stomatologiya». № 2(83), Т.-2021. - С.- 29-33.
2. Алимский А.В. Заболеваемость, нормативы потребности и пути повышения эффективности стоматологической помощи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1983. – 37 с.
3. Арутюнов С.Д., Лебедеко И.Ю., Ковальская Т.В. CEREC система: керамические вкладки, изготовленные методом компьютерного фрезерования: Метод. рекомендации к практ. занятиям для студ. стом. фак. и врачей-стоматологов. – М., 1999. – 13 с.
4. Копейкин В.Н. Ошибки в ортопедической стоматологии. – М., 1998. – 218 с.
5. Нигматов Р.Н., Нигматова Н.Р., Акбаров А.Н. Сравнительное морфологическое изучения качество прилегание индивидуальных циркониевых штифтов к поверхности корня зуба / Наука и образование в современном мире: вызовы XXI века-Сборник материалов IX научно-практической конференции с международным участием. Нур-Султан, (Казахстан)- 2021, Сентябрь.- С. 77-81.
6. Трифанов И.Д. Способ протезирования штифтовым зубом с искусственной культей из металла: Патент № 2223715; А61С13/30, А61С13. – М., 2004.
7. Akbarov A.N., Nigmatova N.R., Shoakhmedova K.N. Assessment of quality Adhesion of Individual Zirconium Pins to the Surface of the

Root of the Tooth / American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022, 12(1): 31-33

Zaugg LK, Zehnder I, Rohr N, Fischer J, Zitzmann NU. The effects of crown venting or pre-cementing of CAD/CAM-constructed all-ceramic crowns luted on YTZ implants on marginal cement excess. Clin Oral Implants Res. 2018. Jan; 29(1):82-90.

Резюме: Для восстановления культы разрушенных зубов с успехом применяются самые распространенные и надежные металлические литые культевые штифтовые вкладки.

Авторами разработана и оценена эффективность использования диоксид циркониевого индивидуального штифта у больных с полным разрушением коронковой части зуба у 21 пациентов. Штифт выполнен монолитным, при этом внутрикорневая (апикальная) часть и внекорневая часть для коронки (в виде абатмента), представляют собой отдельные участки цельного винта, снабженного съемным винтом с головкой. Такой зубной штифт используется при одноэтапной фиксации искусственных коронок. В статье представлены результаты сравнительной оценки качества штифтов по физико-механическим и клиническим показателям.

Ключевые слова: зуб, зубной ряд, корень, коронка, искусственный штифт, вкладка, диоксид циркония, CAD/CAM/CAE система.

Summary: To restore the stump of destroyed teeth, the most common and reliable metal cast stump pin tabs are successfully used.

The authors developed and evaluated the effectiveness of using zirconium dioxide individual pins in patients with complete destruction of the crown part of the tooth in 21 patients. The pin is made monolithic, while the root (apical) part and the extra root part for the crown (in the form of an abutment) are separate sections of a solid screw equipped with a removable screw with a head. Such a dental pin is used for one-stage fixation of artificial crowns. The article presents the results of a comparative assessment of the quality of pins in terms of physical, mechanical and clinical indicators.

Key words: tooth, dentition, root, crown, artificial post, inlay, zirconium dioxide, CAD/CAM/CAE system.

ВЛИЯНИЕ ФОРМЫ И ПОЛОЖЕНИЯ ЯЗЫКА НА СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ



Нигматова И.М., Нигматов Р.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Многие отечественные и зарубежные авторы указывают на влияние языка на формирование окклюзии зубных рядов. При увеличенном размере языка и уменьшенном для него в полости рта пространстве развиваются аномалии формы и размеров зубных рядов, челюстей, нарушения функций зубочелюстной системы. Аномалии размеров языка обуславливают нарушение произношения шипящих и других звуков речи.

При укороченной уздечке языка отмечаются нарушения функции сосания у грудных детей, а также глотания и речи в старшем возрасте. При резко укороченной уздечке языка затруднено пользование съемным протезом для нижней челюсти. Патология уздечки языка наблюдается у 16% новорожденных (Bissasu M., 1999), у 50% детей с аномалиями окклюзии в возрасте 5-12 лет. Частота зубочелюстных аномалий у детей с укороченной уздечкой языка достигает 58% (Варакина И.А., Образцов Ю.А., 1985, 2017).

Крайне мало сведений о нарушениях положения языка, мягкого нёба, задней стенки глотки и подъязычной кости, свидетельствующих о функциональных нарушениях при патологических видах окклюзии. Не обосновано понятие относительной макроглоссии.

Недостаточно сведений о профилактических мероприятиях при относительной макроглоссии и принципах комплексного лечения, не представлен анализ результатов лечения.

Язык принимает участие во всех функциях зубочелюстной системы. В связи с этим его форма, величина, подвижность, положение в полости рта в покое и во время функций влияют на форму зубных рядов, нёба, размеры челюстей, смещения нижней челюсти. Одновременно зубочелюстные аномалии оказывают влияние на форму, размеры и расположение языка, особенно в случаях сужения, укорочения зубных рядов, уменьшения объёма

полости рта, аномалиях развития челюстей.

Цель исследования

Изучение влияния формы и положение языка на состояние зубочелюстной системы у детей сменного прикуса.

Задачей исследования явилось выявление расположения кончика языка по отношению к резцам, его спинки – к своду нёба, корня – к задней стенке глотки на основании анализа боковых телерентгенограмм головы при физиологических и патологических видах окклюзии.

Материал и методы

С 2018 г. по настоящее время ортодонтическое обследование было проведено у 169 (79 мальчиков и 90 девочек) детей в возрасте от 6 до 14 лет, проживающих в г. Ташкенте. В работе использовали клинический, фотометрический, антропометрический методы, определение формы и размеров лица, языка и его уздечки, рентгенографический, статистический.

При осмотре мягких тканей полости рта оценивали форму, размер и положение языка в покое и во время функций; обращали внимание на величину и место прикрепления его уздечки, а также уздечек губ, щечных тяжей, глубину переходных складок.

Отмечали наличие продольных и поперечных борозд на спинке языка, отпечатков зубов на его кончике и боковых поверхностях. Определяли положение языка и его взаимоотношение с окружающими органами и тканями в покое, при глотании и речи.

Уделяли внимание определению и анализу выраженности функциональных нарушений в зубочелюстно-лицевой области (нарушения смыкания губ, напряженность околоротных мышц и мышц подбородка, нарушения функций зубочелюстной системы – дыхания, глотания, речи, жевания); определяли наличие вредных

привычек – сосания и прикусывания пальцев, губ, щёк, языка, различных предметов и др. Изучали положение языка во время речи, чистоту произношения отдельных звуковых фонем.

Рентгенологический метод исследования. На боковых телерентгенограммах головы были изучены особенности расположения мягких тканей, свидетельствующие о функциональных нарушениях: расположение кончика языка по отношению к верхним и нижним резцам; прилегание спинки языка к своду нёба на уровне премолярной и молярной линий по Pont, сагиттальные размеры носоглотки, ротоглотки, гортаноглотки; наличие аденоидных разрастаний; расположение подъязычной кости в сагиттальной и вертикальной плоскостях. На 46 боковых телерентгенограммах головы пациентов с постоянным прикусом изучено расположение кончика языка в покое по отношению к коронкам центральных резцов при различных видах физиологической и патологической окклюзии.

Для определения расположения спинки языка по отношению к своду нёба проводили вертикальные линии, перпендикулярные окклюзионной плоскости на уровне премолярной и молярной точек по Pont до свода нёба. Определяли расстояние от спинки языка до свода нёба на уровне названных линий.

Применены следующие способы обследования и изучения размеров языка и его уздечки: Метод Френкеля – определение расположения спинки языка по отношению к небу, изучение формы языка после смазывания его кончика и спинки метиленовым синим и получения отпечатка на промокательной бумаге, определение формы и объема языка, уточнение расположения кончика языка и его спинки по отношению к резцам и своду нёба.

Результаты и обсуждение

Как известно, язык принимает активное участие в произношении звуков речи. Результаты исследования показали, что нарушения величины, формы, подвижности языка привели к нарушению произношения согласных и гласных звуков. Недостаточная подвижность языка при его укороченной уздечке явилась причиной нарушения произношения звуков речи.

Вычислен средний размер, характерный для всех трех разновидностей патологической окклюзии и проведено его сравнение со средним размером, полученным при ортогнатическом прикусе без учета возрастных групп. При патологической окклюзии этот размер был больше нормы на $2,5 \pm 0,86$ мм. Следовательно, средняя амплитуда

движений языка при его стремлении дотянуться до нижнего края подбородка при патологической окклюзии меньше, чем при ортогнатическом прикусе.

При **патологической окклюзии с нейтральным смыканием первых постоянных моляров** у 25% пациентов кончик языка располагался неправильно, был смещен дистально и вниз, не прилегал к резцам, находился на уровне окклюзионной плоскости; у остальных 75% он прилегал к язычной поверхности резцов (правильное положение кончика языка).

При **дистоокклюзии** кончик языка не прилегал к язычной поверхности резцов, т.е. располагался неправильно у 31,3% обследованных: у 12,5% он был смещен дистально и находился на уровне режущих краёв коронок резцов нижней челюсти; у 18,8% прилегал к альвеолярному отростку верхней челюсти (чаще при наличии сагиттальной щели между центральными резцами).

При **мезиоокклюзии** кончик языка располагался неправильно у 57,2% обследованных: у 42,9% - прилегал к коронкам нижних резцов; у 14,3 % - прилегал к альвеолярному отростку нижней челюсти.

Изучено расположение спинки языка. В норме спинка языка прилегает к альвеолярному отростку верхней челюсти и к твердому нёбу. При зубочелюстных аномалиях она не прилежала к куполу твердого нёба: при патологической окклюзии с нейтральным смыканием первых постоянных моляров у 41,2% пациентов; при дистоокклюзии у 75,0%; при мезиоокклюзии у 69,2%.

У этих пациентов, при положении языка в покое, изучено расстояние от спинки языка до твердого нёба по перпендикуляру к окклюзионной плоскости на уровне первых премоляров и первых постоянных моляров верхней челюсти. К неправильному положению кончика языка приводили так называемые «языковые привычки», которые наблюдали у детей, подростков и взрослых. В результате привычного давления кончиком языка на зубы происходило вестибулярное отклонение последних, нередко с образованием трем между ними. Исправить такое положение резцов не представляло трудностей, а отучить от этой вредной привычки крайне сложно. В связи с этим после лечения возникали рецидивы аномалии. Неправильное (инфантильное) глотание приводило к закреплению переднего положения кончика языка и аномалиям прикуса.

Расстояние от спинки языка до твердого неба на уровне первых премоляров было наименьшим

при патологической окклюзии с нейтральным смыканием первых постоянных моляров; несколько больше – при дистоокклюзии и наибольшим – при мезиоокклюзии. При сравнении полученных данных было выявлено, что расстояние от спинки языка до твердого неба на уровне первых премоляров при патологической окклюзии с нейтральным смыканием первых постоянных моляров меньше, чем при дистоокклюзии и мезиоокклюзии соответственно на $1,7 \pm 1,6$ и $5,8 \pm 1,9$ мм. Этот же размер при дистоокклюзии меньше, чем при мезиоокклюзии на $4,1 \pm 2,2$ мм, но статистически недостоверно. Следовательно, наименьшие отклонения от правильного положения спинки языка в области первых премоляров выявлены при патологической окклюзии с нейтральным смыканием первых постоянных моляров, промежуточные – при дистоокклюзии, а наибольшие – при мезиоокклюзии.

Перечисленные отклонения были при укороченной уздечке языка или прикрепленной близко к его кончику. В результате этой аномалии, а также ряда других причин нередко наблюдали неправильное произношение звуков речи – чаще шипящих, свистящих и букв «Д», «Т», «Р», «Л». При такой патологии после пластики укороченной уздечки языка, в процессе ортодонтического лечения пациентам рекомендовали заниматься лечебной гимнастикой и обучаться у логопеда.

Нарушения положения языка в покое и во время речи выявлены при клиническом обследовании у 72 (42,6%) из 169 пациентов. Неправильное произношение единичных звуковых фонем или их сочетаний наблюдали у 49 (30%) обследованных; нарушенное произношение шипящих звуков имело место у 25 (51,0%); звуков «Д», «Т» – у 5 (10,2%); звуков «Р», «Л» – у 39 (79,6%).

Литература

1. Диагностика и коррекция звукопроизносительных расстройств у детей с тяжелыми аномалиями органов артикуляции. – М.: Книголюб, 2003. – 144 с.
2. Козырева О.А. Организационно-методические вопросы логопедической работы с детьми, имеющими общее недоразвитие речи // Прак. психолог и логопед. – 2014. – №1. – С. 46-55.
3. Костина Я.В., Чакаева В.М. Коррекция речи у детей. – М., 2008. – С. 11-24.
4. Куросдова В.Д., Сирик В.А. Логопедия в ортодонтии. – Полтава, Верстка, 2005. – 124 с.
5. Нигматова И.М., Нигматов Р.Н., Иногамова Ф.К. Дифференцированное ортодонтическое и логопедическое лечение по устранению

произносительных расстройств у детей с зубочелюстными аномалиями // Stomatologiya. – 2018. – №2 (71). – С. 43-46.

6. Нигматова И.М., Ходжаева З.Р., Нигматов Р.Н. Ранняя профилактика речевых нарушений у детей с использованием миофункционального аппарата // Stomatologiya. – 2018. – №4 (72). – С. 30-33.

7. Образцов Ю.А., Варакина И.А. Аномальные уздечки языка // Стоматология. – 1985. – №6. – С. 25-26.

8. Образцов Ю.А., Ларионов С.Н. Пропедевтическая ортодонтия. – СПб: Спец. лит-ра, 2007. – 159 с.

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

10. Телебаева Г.Т., Шарипова С.К. Аномальные уздечки губи языка: классификация. Терминология с подходом диагностики // Вестн. КазНМУ. Стоматология. – 2014. – №2 (2). – С. 67-77.

11. Bissasu M. Use of the tongue for recording centric relation for edentulous patients // J. Prosthodont. Dent. – 1999. – Т. 82. – С. 369-370.

Цель: изучение влияния формы и положение языка на состояние зубочелюстной системы у детей сменного прикуса.

Материал и методы: с 2018 г. по настоящее время ортодонтическое обследование было проведено у 169 (79 мальчиков и 90 девочек) детей в возрасте от 6 до 14 лет, проживающих в г. Ташкенте.

Результаты: нарушения положения языка в покое и во время речи выявлены при клиническом обследовании у 72 (42,6%) пациентов. Неправильное произношение единичных звуковых фонем или их сочетаний наблюдали у 49 (30%) обследованных; нарушенное произношение шипящих звуков имело место у 25 (51,0%); звуков «Д», «Т» – у 5 (10,2%); звуков «Р», «Л» – у 39 (79,6%).

Выводы: при такой патологии после пластики укороченной уздечки языка, в процессе ортодонтического лечения пациентам рекомендовали заниматься лечебной гимнастикой и обучаться у логопеда.

Ключевые слова: полость рта, язык, твердое и мягкое небо, телерентгенография, аномалия зубного ряда и прикуса.

Maqsad: aralash tishli bolalarda tilning shakli va holatining tish holatiga ta'sirini o'rganish. Material va

usullar: 2018-yildan hozirgi kunga qadar Toshkent shahrida istiqomat qiluvchi 6 yoshdan 14 yoshgacha bo'lgan 169 nafar (79 nafar o'g'il va 90 nafar qiz) bolalar ortodontik tekshiruvdan o'tkazildi. Natija: 72 (42,6%) bemorda klinik ko'rikda tilning dam olish va nutq paytida holatining buzilishi aniqlandi. Tekshirilayotganlarning 49 tasida (30%) yagona tovush fonemalari yoki ularning birikmalarining noto'g'ri talaffuzi kuzatildi; 25 tasida (51,0%) xirillagan tovushlarning talaffuzi buzilgan; "D", "T" tovushlari – 5 da (10,2%); "R", "L" tovushlari – 39 da (79,6%). Xulosa: bunday patologiya bilan, tilning qisqartirilgan frenulumining plastik jarrohlik amaliyotidan so'ng, ortodontik davolanish jarayonida bemorlarga terapevtik mashqlarni bajarish va nutq terapevtida o'qish tavsiya etiladi.

Kalit so'zlar: og'iz bo'shlig'i, til, qattiq va yumshoq tanglay, telerentgenografiya, tishlash va tishlash anomaliyasi.

Objective: To study the influence of the shape and

position of the tongue on the state of the dentition in children with mixed dentition. Material and methods: From 2018 to the present, orthodontic examination was carried out in 169 (79 boys and 90 girls) children aged 6 to 14 living in Tashkent. Results: Violations of the position of the tongue at rest and during speech were detected during clinical examination in 72 (42.6%) patients. Incorrect pronunciation of single sound phonemes or their combinations was observed in 49 (30%) of the examined; impaired pronunciation of hissing sounds occurred in 25 (51.0%); sounds "D", "T" – in 5 (10.2%); sounds "R", "L" – in 39 (79.6%). Conclusions: With such a pathology, after plastic surgery of a shortened frenulum of the tongue, in the process of orthodontic treatment, patients were recommended to do therapeutic exercises and study with a speech therapist.

Key words: oral cavity, tongue, hard and soft palate, telerentgenography, anomaly of the dentition and bite.

<https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-101>

УДК: 616.314.21-007.53:612.753-073.757.2

ОПТИМИЗАЦИЯ РАСЧЕТА ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА С УЧЕТОМ КОМПОНЕНТА ВЕРТИКАЛЬНОГО РОСТА ЧЕЛЮСТЕЙ



Расулова Ш.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Дистальный прикус, являясь распространенной аномалией, оказывает негативное влияние на психику пациента, способствуя нарушению речи, жевания и эстетики лица.

По данным различных исследователей, успешное лечение дистального прикуса напрямую связано обусловленностью ее развития, в том числе, с типом роста лицевого отдела черепа. [5, 9, 12, 13]. В диагностике зубочелюстных аномалий ведущую роль играют специальные методы исследования, особенно тelerентгенография головы, позволяющая диагностировать «скрытые» аномалии размеров и положения челюстных костей и апикальных базисов в пространстве черепа, оценить профиль лица и тип роста лицевого отдела черепа [1, 3, 6, 7].

Для определения особенностей строения лицевого отдела черепа и планирования лечения зубочелюстно-лицевых аномалий, при которых имеется дистальный прикус, а также для дифференциальной диагностики их разновидностей часто применяют цефалометрическое исследование головы в боковой проекции [2, 4, 8, 10]. Многообразие методик анализа тelerентгенограмм и большое количество изучаемых антропометрических параметров создают определенные трудности для врачей— ортодонт [1, 5, 11].

Цель работы:

Среди различных методов цефалометрического анализа боковых тelerентгенограмм выявить наиболее информативные параметры, характерные для дистального прикуса;

Материалы и методы исследования:

Обследованы 42 пациента с дистальной окклюзией в возрасте от 12 до 18 лет, обратившихся на лечение в поликлинику Ортодонтии ТГСИ с 2016 по 2020 годы. Нами преднамеренно взяты на исследование 21 пациент с тенденцией к горизонтальному и 21 пациент к вертикальному типу роста.

Для исследования использовались антропометрические, фотометрические и рентгеноцефалометрические методы, их обсуждение и анализ.

Диагностику пациентов с дистальным прикусом с учетом компонента роста челюстей проводили по методу Kim. [5, 6, 8]. По следующим параметрам:

- Индикатор Глубины перекрытия (Overbite Depth Indicator; ODI);
- Показатель передне - задней дисплазии (Anterio-posterior Dysplasia Indicator; APDI);
- Комбинационный фактор (Combination Factor; CF).

Пациентов на основании этих критериев разделили на 2 группы:

- I - группа – пациенты с вертикальным типом роста (21 пациент);
- II - группа – пациенты с горизонтальным типом

роста (21 пациент).

Результаты исследования. Был проведен цефалометрический анализ рентген-снимков пациентов по методу Kim. [5,13]. Метод является удобным и практичным для использования начинающими ортодонтами, студентами.

Параметры APDI $81,47 \pm 3,29$ соответствовали показателям, характерным дистальной окклюзии.

При определении параметров ODI по Kim (в норме $74,5 \pm 6,07$) у пациентов с дистальным прикусом, у 21го пациента данный показатель варьировал в пределах $71,2 \pm 1,04$ (скелетный паттерн с высоким углом), что свидетельствует о тенденции к открытому прикусу. А у второй группы обследованных пациентов данный показатель в среднем составлял $77,2 \pm 0,4$ (скелетный паттерн с низким углом) и определял тенденцию к глубокому прикусу.

Расценивать изолированно параметр ODI мало информативно, так как он взаимосвязан с параметром APDI, поэтому важно рассматривать его значение, сопоставляя с Комбинационным фактором (CF).

Низкое значение CF указывает на склонность к вертикальному типу роста, а высокое значение CF - на склонность к горизонтальному росту.

Таблица 1

Показатели ODI, APDI и CF у обследованных

Параметры по методу Kim	Норма	Группа I	Группа II
ODI	$74,5 \pm 6,07$	$71,2 \pm 1,04$	$77,2 \pm 0,4$
APDI	$81,4 \pm 3,79$	$77,5 \pm 1,6$	$78,3 \pm 0,9$
CF	155,9	$150,1 \pm 0,8$	$157,9 \pm 1,6$

На рисунке 1 и 2 представлены пациенты из обеих групп. На рисунке 1а показан профиль пациента до лечения. В процессе диагностики были произведены антропометрические, цефалометрические (APDI-78,5, ODI-71,8, CF-150,2) и фотометрический анализ данных, что послужило основанием отнести пациента в первую группу, то есть к группе пациентов, имеющих предрасположенность к вертикальному типу роста, с ротацией нижней челюсти по часовой стрелке, и с увеличением нижней трети лица, соответственно, лечение было направлено на уменьшение высоты нижней трети лица путем интрузии боковых нижних зубов. Лечение проводилось в течение 8 месяцев аппаратом Твин-

блок для мезиального смещения нижней челюсти.

Результаты лечения представлены на рисунке 1б (фото - профиль пациента после лечения). Было достигнуто мезиальное перемещение нижней челюсти путем стимулирования роста нижней челюсти, нормализована высота нижней трети лица путем контроля вертикального компонента роста челюстей. Показатели анализа по Киму в конце лечения (APDI 80,7) (ODI 73,5) (CF 154,2).

На рисунке 2 представлен пациент из группы II. Это пациент с дистальным прикусом и тенденцией к горизонтальному типу роста, с низким углом и ротацией нижней челюсти против часовой стрелки. [9,12,13]. До лечения цефалометрические данные анализа по Киму составляли APDI 78,5,

ODI 76,8, CF155.3. (рис 2а). Тактику лечения выбирали исходя из анализа антропометрических, цефалометрических и фотометрических данных. Лечение проводилось с помощью накусочной площадки для фронтальных зубов с разобщением прикуса в области жевательных зубов, параллельно с помощью несъемной техники интрузировали верхние жевательные

зубы и экструзировали нижние боковые зубы, тем самым способствуя стимуляции переднего позиционирования нижней челюсти и улучшения передне-заднего взаимоотношения челюстных костей и зубных рядов. На Рис. 2б можно видеть улучшение показателей (APDI 80,2, ODI 75,1, CF 155.3) и перемещение нижней челюсти вперед и нормализацию высоты прикуса.



1а



1б

Рис. 1. Профиль пациента из 1 группы до и после ортодонтического лечения. На рисунке 1а показан пациент с дистальным прикусом (APDI 78,5) и вертикальным типом роста (ODI 71,8) и комбинационным фактором (CF 150.2) (I группа). На рисунке 1б показан тот же пациент после лечения на аппарате твин-блок, показатели: (APDI 80,7) (ODI 73,5) (CF 154.2)



2а



2б

Рис. 2. Профиль пациента из 2 группы до и после ортодонтического лечения. На рисунке 2а показан пациент с дистальным прикусом (APDI 78,5) и горизонтальным типом роста (ODI 76,8) и комбинационным фактором (CF 155.3) (II группа). На рисунке 2б показан тот же пациент после лечения на несъемной брекет-системе, после которого изменились показатели: (APDI 80,2) (ODI 75,1) (CF 155.3)

Исходя из цефалометрических показателей пациентов первой группы, для стимуляции роста и перемещения нижней челюсти вперед составлен план ортодонтического лечения с уплощением окклюзионной плоскости, её ротацией против часовой стрелки, путем интрузии задних нижних жевательных зубов и поддержания вертикального контроля в области боковых и фронтальных зубов.

Пациентам II группы, согласно полученным

цефалометрическим показателям, требуется ротация окклюзионной плоскости по часовой стрелке с целью получения достаточного вертикального показателя. Но, в свою очередь, увеличение зубоальвеолярной высоты приводит к перемещению нижней челюсти назад и вниз, и ухудшает картину переднезаднего соотношения зубных рядов и челюстных костей. В результате, контроль вертикального и горизонтального

взаимоотношений в области боковых и фронтальных зубов успешно достигается благодаря интрузии верхних и экструзии нижних боковых зубов, способствуя стимуляции переднего позиционирования нижней челюсти и улучшению передне-заднего взаимоотношения челюстных костей и зубных рядов.

Выводы:

Таким образом, при изучении телерентгенограмм по Kim были выявлены параметры, которые помогли обосновать создание алгоритма диагностики и дифференциального подхода к лечению пациентов с дистальной окклюзией с учётом компонента вертикального роста.

Оценка тенденций изменения дентоальвеолярных и мягкотканых параметров челюстного комплекса у лиц с дистальным прикусом в процессе роста лицевого скелета позволяет спрогнозировать результат лечения гнатических форм дистальной окклюзии зубных рядов. Показано, что горизонтальный вектор роста челюстно-лицевого комплекса является прогностически благоприятным, а вертикальный вектор прогностически неблагоприятным фактором исхода лечения пациентов с дистальным соотношением зубных дуг.

Учитывая, что имеется корреляционная взаимосвязь между вертикальными и горизонтальными показателями, можно предопределить вероятность усугубления или возможность саморегуляции проблем у пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов.

Резюме. Возможность воздействия на степень «дивергентности» челюстных костей позволяет изменить преимущественный вектор роста челюстного комплекса с вертикального на горизонтальный и наоборот. Учитывая, что имеется корреляционная взаимосвязь между вертикальными и горизонтальными показателями, можно предопределить вероятность усугубления или возможность саморегуляции проблем у пациентов с дистальной окклюзией зубных рядов.

Хулоса. Тиш-жағ комплексининг ўсиш векторини вертикал йўналишдан горизонтал йўналишгача, ва аксинча ўзгартиришни жағ суяқларининг "дивергентлик" даражасига таъсир қилиш орқали имкон беради. Вертикал ва горизонтал кўрсаткичлар ўртасида корреляция мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда, тишларнинг дистал окклюзияси бўлган беморларда оғирлашув

эхтимоли ёки муаммоларни ўз-ўзини бошқариш эҳтимоли аниқланиши мумкин.

Resume. The possibility of influencing the degree of "divergence" of the jaw bones allows you to change the predominant growth vector of the jaw complex from vertical to horizontal and vice versa. Given that there is a correlation between vertical and horizontal indicators, it is possible to determine the likelihood of aggravation or the possibility of self-regulation of problems in patients with distal occlusion of the dentition.

Литература

1. Арипова Г.Э., Расулова Ш.Р., Насимов Э.Э., Акбаров К.С. Эффективность ортодонтического лечения детей с дистальной окклюзией зубных рядов в период смены прикуса // *Stomatologiya*. – Ташкент, 2019. №2, 75.
2. Арипова Г.Э., Расулова Ш.Р., Насимова Э.Э., Сафарова К.Х. Особенности выбора тактики лечения дистального прикуса в зависимости от ТРГ анализа цефалометрического снимка пациента: Сборник тезисов и статей. - 2021. - 182с.
3. Насимов Э.Э. Совершенствование методов диагностики и лечения дистального прикуса: Диссертация. – Ташкент, 2019. - 6 с.
4. Насимов Э.Э. МПД. Мульти Петлевая Дуга: Ортодонтическое лечение с МПД: Перевод книги с английского языка. -650 с., № 003071, 25.01.2021.
5. Нигматов Р.Н., Рузметова И.М. Способ дистализации жевательных зубов верхней челюсти // *Вестник КазНМУ*. - 2018. - №1. – С.519-521.1
6. Персин Л.С. Ортодонтия. Лечение зубочелюстных аномалий. — М., 1999.
7. Расулова Ш.Р., Арипова Г.Э., Насимов Э.Э., Бабажанов Ж.Б. Обоснование к учёту вертикального компонента роста при диагностике и планировании лечения у пациентов с дистальным прикусом // *Медицина и инновации*. – 2021. - №1. - С.127-131.
8. Санжицыренова Т.И., Аникиенко А.А. Характерные особенности размеров зубов и строения зубных рядов у бурят // *Ортодент-Инфо*. — 1999. — № 3. — С. 25.
9. Хорошилкина Ф.Я. Руководство по ортодонтии. — М.: Медицина, 1999.
- Proffit W.R. Contemporary orthodontics. — St. Louis — Toronto — London: C.V. Mosby Company, 1986. — 579 s

БОШЛАНҒИЧ МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРНИНГ СТОМАТОЛОГИК СТАТУСИ



Муртазаев С., Сайдалиев М., Муртазаев С.

Тошкент давлат стоматология институти

Аҳолининг стоматологик саломатлигини тизимли мониторинг қилиш стоматологик ёрдамни энг муҳим таркибий қисмларидан бири ҳисобланади [7]. Европа Иттифоқининг қатор мамлакатларида болаларнинг стоматологик статусини ва амалга оширилаётган профилактика чора-тадбирлар асосий мезонларини қайд қилиш учун мўлжалланган автоматлаштирилган дастурлари фаолият кўрсатади [5,8,9]. Шарқий Европа мамлакатларида, бугунги кунда Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти томонидан тавсия этилган мезонларга мувофиқ аҳолининг стоматологик соғлиғини мониторинг қилиш бўйича давлат тизимлари шаклланиш босқичида, аммо 50 йилдан кўпроқ вақт давомида стоматологик касалликларининг тарқалиши ҳақидаги маълумотлар илмий тадқиқот ишларида чоп этилиб келмоқда. Афсуски, тиббиёт олий ўқув юртлири илмий-тадқиқот институтлари ва стоматология кафедраларининг ушбу улкан ва муҳим ишларининг натижалари соғлиқни сақлаш органларининг ҳисобот тизимларида деярли ҳисобга олинмаяпти. Бу муаммони бартараф этиш жуда қийин, мисол учун Данияда аҳолининг стоматологик саломатлигини мониторинг қилиш учун “Идеал” тизим ишлаб чиқилган ва бу тизимга сарф этилган сармоя, МДХ давлатларида бутун стоматологик тизимга ажратилган маблағдан бир неча баробар юқори [8]. Пайдо булган мураккаб вазиятнинг рационал ечими сифатида Даниядаги сингари кимматбаҳо информацион тизимларни ишлатиш эмас, балки тиш кариесининг детерминантларини ва периодонтал касалликларни аниқлаш була олади, бу эса асосий тиш касалликларини олдини олиш ва даволаш сифатини оптималлаштириш бўйича тавсияларни ишлаб чиқиш имконини беради [3,4,6].

Тадқиқотнинг мақсади

Тошкент шаҳар бошланғич мактаб ёшидаги болаларда стоматологик статусни аниқлаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари

Тадқиқот объекти сифатида таълим муассасаларининг кичик ёшдаги мактаб ўқувчилари олинган (175 нафар болалар). Тадқиқот предмети сифатида Тошкент шаҳридаги №240, №259 ва №302 умумтаълим мактабларининг 2-3 синфларида ўтказилган стоматологик ўқув дастури олинган.

Таълим дастурининг иштирокчилари 85 нафари қиз болалар, 90 нафари ўғил болалар.

Ушбу мақолада биз ушбу дастурни амалга ошириш натижасида олинган болаларда клиник кўрсаткичларнинг ўзгаришига эътибор қаратамиз.

Тадқиқот иштирокчилари қонуний вакиллари ихтиёрий равишда хабардор қилинган розиликни имзолаган шахслар эди. Болаларнинг стоматологик текшируви сунъий ёруғликда стоматологик воситалар тўплами ёрдамида амалга оширилди.

Иш натижасида олиб борилган клиник тадқиқотлар қуйидагилар эди: текшириш, кариес тарқалишини аниқлаш, кариес интенсивлигини КПУ + кп индекси билан аниқлаш, оғиз бўшлиғининг гигиеник ҳолати оғиз гигиенаси индекси билан аниқланди (Федоров – Володкина) ва периодонтал юмшоқ тўқималарнинг ҳолати РМА индекси (Парма) билан ўрганилган.

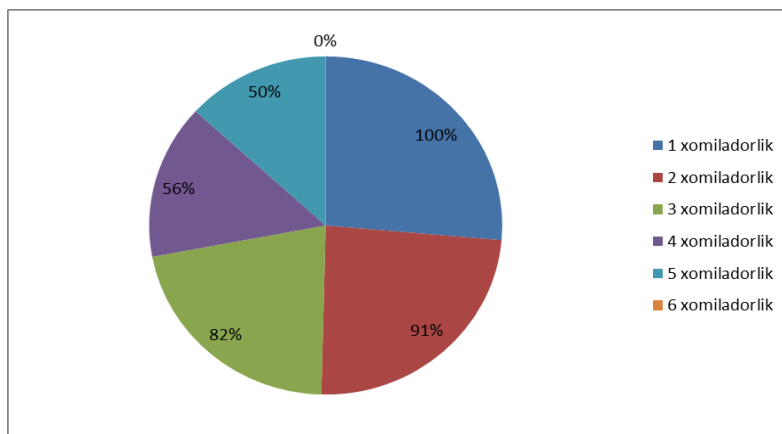
Статистик маълумотларни таҳлил қилиш учун StatSoft томонидан ишлаб чиқилган Statistics дастурий таъминот тўплами, маълумотларни таҳлил қилиш, маълумотларни бошқариш, статистик усуллари қўллаш орқали маълумотларни кўриш, шунингдек, Microsoft Office дастурининг иқтисодий, статистик ва график воситаларидан фойдаланилди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси

Соматик патологияси бор аёлларда нофизиологик ҳомиладорлик кечиш хавфи юқори ҳисобланади. Бундан ташқари, комбинатсияланган (эрта ва кеч) токсикоз ривожланиши эҳтимоли юқори. Ҳомиладорликнинг биринчи ярмидаги (6-7 ҳафтада) токсикоз, ҳомилани сут тишлари

муртакларини ўсиши ва шаклланишига салбий таъсир қилади. Тиш муртакларини ўрганиш шуни кўрсатдики, ҳомиладорликнинг патологик даврида ҳомилада тишларнинг эмалининг минераллашуви секинлашади ва кўпинча дастлабки минераллашув босқичида тўхтаб қолади [1]. Нечанчи ҳомиладорликдан нечанчи фарзанд туғилиши яъни

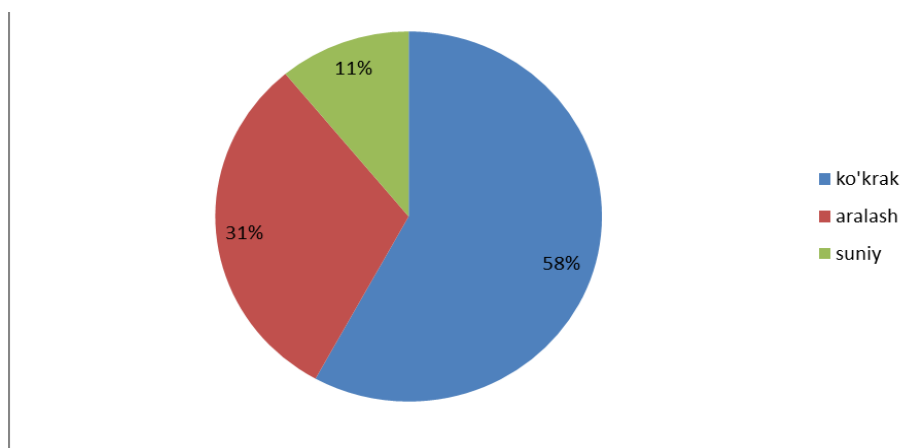
ҳомиладорликнинг сони оиладаги фарзанд сонига мутаносиблиги ҳам оғиз бушлиғи саломатлигига таъсир ўтказиши олимлар томонидан исботланган. Бизнинг текширувлар натижасида кўриш мумкинки оилада ҳомиладорликка мос равишда фарзанд дунёга келиши 90% ташкил этмоқда, мос келмаслик эса 10% ҳолатларда кузатилди (1-расм).



1-расм. Ҳомиладорликка мос равишда оилада фарзанд дунёга келиши.

Болаларнинг бир ёшгача бўлган даврда кўкрак сути билан озиқланиши кариес касаллигини олдини олиш учун энг муҳим омиллардан бири ҳисобланади. Кўкрак сутини тўйиб эмган болада барча аъзо ва тизимлар (ҳазм тизими, кон айланиш тизими, эндокрин тизими, асаб тизими ва иммун тизими) тўғри шаклланади ва фаолият юритади. Натижада келгуси ҳаёт давомида бола турли касалликлар шу жумладан кариес ва унинг

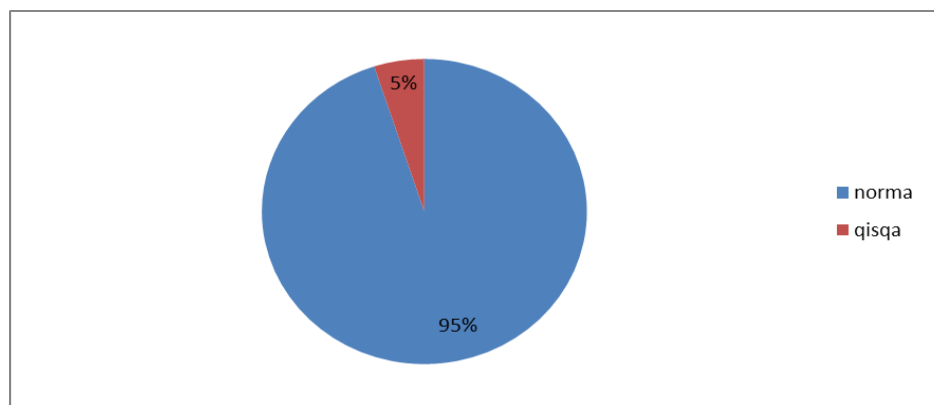
асоратларига нисбатан турғунликка эга бўлиши таъминланади [2]. Тадқиқотимиз натижасида ўрганилётган болалар контингентида кариесни аниқлашда овқатланиш турини ҳам ўрганиб чиқдик ва қуйдагича натижалар олдик (2-расм). Текширилаётган болаларнинг табиий 58%, 31% аралаш, 11% суний озиқланишда бўлганини кўриш мумкин.



2-расм. Бошланғич мактаб ёшидаги болаларнинг бир ёшгача бўлган вақтдаги озиқланиш тури.

Болаларда учрайдиган ривожланиш аномалиялари тил ва лаб юганчаларини калталиги тиш қатори шакл бузилишига олиб келиши мумкин. Натижада оғиз бўшлиғини парваришлаш самарадорлиги пасаяди ва тишлар орасида овқат қолдиқлари тўпланиши кариес ва унинг

асоратларини келтириб чиқариши исботланган. Биз томондан текширилган болаларнинг 95% тил ва лаб юганчалари нормада бўлгани, 5% болаларда эса калта (аномалия) эканлиги аниқланди (3-расм).

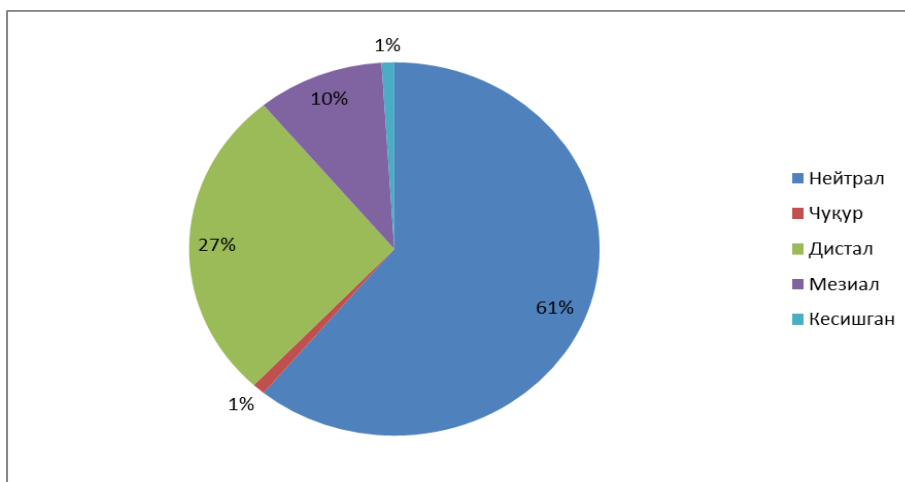


3-расм. Бошланғич мактаб ёшидаги болалардаги тил ва лаб юганчаларининг холати.

Кўпгина атокли олимлар кариеснинг олдини олишда прикус аномалиялари билан боғлиқлик борлигига эътибор беришган. Прикус аномалиялари бор беморларда нормал прикусга эга бўлган шахсларга нисбатан кариес ва парадонт касаликлари 2-2,5 баробар кўпроқ учраши аниқланган. Бунинг сабаби тишларда табиий тозаланиш жараёнини бузилиши ва оғиз бўшлиғи гигиенасини қониқарли даражада амалга ошира

олмаслик ётади.

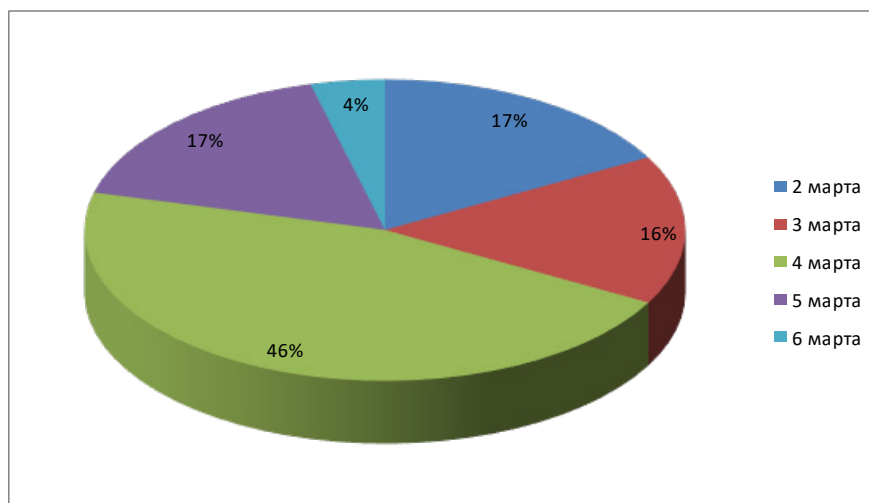
Текширувлар натижасига кўра 61% нейтрал ва 39% болада патологик прикус аниқланди, шу жумладан 1% чуқур, 27% дистал, 10% мезиал ва 1% болада кесишган прикус кузатилган (4-расм).



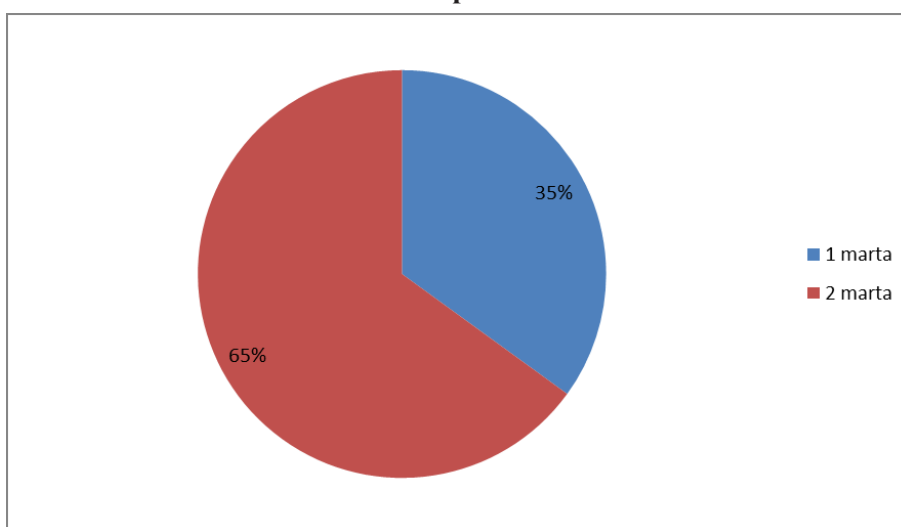
4-расм. Бошланғич мактаб ёшидаги болаларнинг прикус холати.

Оғиз бўшлиғини шахсий гигиенаси қоидаларига шахсий гигиена воситаларини туғри қўллаш ҳам киради. Бунинг учун шифокор томонидан туғри тиш пастаси ва щёткасини тавсия этиш бўлса, ота-она томонидан тишларни туғри, ўз вақтида ювиш ва тиш щёткасини ўз вақтида алмаштириб туришини назорат қилиши талаб этилади. Чунки айнан тиш щёткасидан узоқ вақт фойдаланиш тиш щёткастада кариесоген бактерияларни купайишига олиб қилиши мумкин, натижада оғиз бўшлиғи

хар тиш тозалаганда патоген бактериялар билан инфекцияланиши мумкин. Шунинг учун жажон стоматологлар ассоциацияси тиш щёткасини ҳар 3 ойда алмаштиришни тавсия қилади. Биз томондан текширилаётган эрта мактаб ёшидаги болаларнинг 33%, тиш щёткасини алмаштириш қоидаларига риоя қилмаси ва 35 % болалар тишларини 2 маҳалдан кам ювишлари аниқланди (5-,6-расм).



5-расм. Бошланғич мактаб ёшидаги болаларда бир йил мобайнида тиш щеткасини алмаштириш сони.



6-расм. Бошланғич мактаб ёшидаги болаларда кунлик тиш ювиш кўрсаткичи.

Гигиеник индекс (Федоров – Володкина усули) болалардаги оғиз бўшлиғининг гигиеник ҳолатини баҳолаш учун тавсия этилади. Индексни аниқлаш учун пастки олтига тишнинг лаб юзасидаги қарашлар QLF сканери ёрдамида текширилди. Оғиз бўшлиғининг гигиеник индекси $1,78 \pm 0,10$ ташкил этди, бу кўрсаткич оғиз бўшлиғи гигиенаси қониқарсиз ҳолатда эканлигидан далолат беради.

Текширилаётган болаларда кариесни тарқалиши ва жадаллиги кўрсаткичлари ўрганилди. Натижада тарқалиш кўрсаткичи 96% ни жадаллик кўрсаткичи эса $4,32 \pm 0,24$ ташкил қилди.

Парадонтни юмшоқ туқималарини ҳолатини РМА индекси ёрдамида баҳолаш натижасида, бу индекс ўртача $31,9 \pm 1,46\%$ ташкил этгани маълум бўлди, яъни текширилган болалар гуруҳида енгил даражадаги гингивит кузатилди.

Хулоса

Текширувлар натижасига кўра 39% эрта мактаб ёшидаги болаларда патологик прикус

ва 5% ривожланиш аномалиялари (лаб ва тил юганчаларини калталиги) аниқланди.

Эрта мактаб ёшидаги болаларнинг 33% да тиш щёткасини алмаштириш қоидаларига риоя қилмаси ва 35 % да болалар тишларини 2 маҳалдан кам ювишлари, оғиз бўшлиғининг гигиеник индекси қониқарсиз ҳолатда $1,78 \pm 0,10$ ташкил этиши, болаларда ва уларнинг ота-оналарида оғиз бўшлиғи шахсий гигиенаси қоидалари бўйича етарли маълумот йўқлиги ҳақида далолат беради.

Эрта мактаб ёшидаги болаларда кариесни тарқалиш кўрсаткичи 96% ни, жадаллик кўрсаткичи эса $4,32 \pm 0,24$ ташкил қилди ва бунинг негизида оғиз бўшлиғини шахсий гигиенасини бузилиши ётганлиги асосланди. Шу болаларда оғиз бўшлиғини шахсий гигиенасини барқарорлаштирувчи дастур қўллашга эҳтиёж борлиги аниқланди.

Адабиётлар

1. Бородовицина С.И., Савельева Н.А., Таболина Е.С. Профилактика стоматологических заболеваний. – Рязань, 2019.
2. Грудное вскармливание и здоровье зубов ребенка. – М., 2020.
3. Леус П., Деньга О., Калбаев А. и др. // Стоматол. детского возраста и проф. – 2013. – №4 (47). – С. 3-9.
4. Спинеи А.Ф., Леус П.А., Лупан И., Спинеи Ю., Постолаки А.И. // Med. Stomatol. – 2016. – №1-2 (38-39). – P. 78-84.
5. Eurobarometer 72.3 «Oral Health». TNS Opinion Social. – Brussels (Belgium), 2010. – 90 p. http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm.
6. Lupan I., Spinei A., Spinei I. // Bul. Acad. de Ştiinţe a Moldovei. Ştiinţe medicale. – 2012. – №2 (34). – P. 40-48.
7. Petersen P.E. // Community Dental Health. – 2010. – Vol. 27. – P. 194-199.
8. Petersen P.E., Jürgensen N. // Oral Health Prev. Dent. – 2016 (forthcoming).
9. Tiemann B., Klingenberg D., Weber M. // Deutscher Zahnärzte Verlag DAV. – Köln, 2003. – 286 p.

Цель: определение стоматологического статуса у детей младшего школьного возраста в Ташкенте.

Материал и методы: обследованы 175 младших школьников образовательных учреждений. Предмет исследования – стоматологическая программа, проводимая в 2-3 классах общеобразовательных школ №№240, 259 и 302 г. Ташкента. В образовательной программе участвуют 85 девочек и 90 мальчиков.

Результаты: патологические отклонения у 39% детей младшего школьного возраста и отклонения в развитии у 5% (короткие губы и язык). 33% детей младшего школьного возраста не соблюдают правила замены зубных щеток, 35% детей чистят зубы менее 2-х раз, личная гигиена полости рта у детей и их родителей указывает на отсутствие достаточной информации о правилах ухода за полостью рта.

Выводы: этим детям необходима программа по стабилизации личной гигиены полости рта.

Ключевые слова, дети младшего школьного возраста, стоматологический статус, гигиена полости рта.

Maqsad: Toshkent shahridagi boshlang'ich sinf o'quvchilarining tish holatini aniqlash.

Material va usullar: ta'lim muassasalarining 175 nafar kichik yoshdagi o'quvchilari ko'rikdan

o'tkazildi. Tadqiqot predmeti Toshkent shahridagi 240, 259, 302-sonli umumta'lim maktablarining 2-3-sinflarida olib borilayotgan stomatologiya dasturidir. Ta'lim dasturida 85 nafar qiz va 90 nafar o'g'il ishtirok etadi.

Natijalar: boshlang'ich maktab yoshidagi bolalarning 39 foizida patologik anomaliyalar va 5 foizida rivojlanish anomaliyalari (qisqa lablar va tillar). Boshlang'ich maktab yoshidagi bolalarning 33 foizi tish cho'tkalarini almashtirish qoidalariga rioya qilmaydi, bolalarning 35 foizi tishlarini 2 martadan kam yuvishadi, bolalar va ularning ota-onalari og'iz bo'shlig'ining shaxsiy gigienasi og'iz bo'shlig'ini parvarish qilish qoidalari haqida etarli ma'lumot yo'qligidan dalolat beradi.

Xulosa: bu bolalar shaxsiy og'iz gigienasini barqarorlashtirish uchun dasturga muhtoj.

Kalit so'zlar: boshlang'ich maktab yoshidagi bolalar, tish holati, og'iz bo'shlig'i gigienasi.

Objective: Determination of dental status in primary school children in Tashkent.

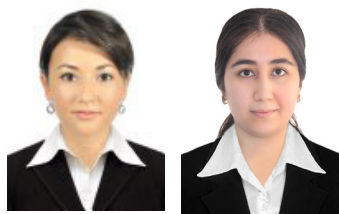
Material and methods: 175 junior schoolchildren of educational institutions were examined. The subject of the research is a dental program carried out in 2-3 grades of secondary schools Nos. 240, 259 and 302 in Tashkent. 85 girls and 90 boys participate in the educational program.

Results: Pathological abnormalities in 39% of children of primary school age and developmental abnormalities in 5% (short lips and tongue). 33% of children of primary school age do not follow the rules for changing toothbrushes, 35% of children brush their teeth less than 2 times, personal oral hygiene in children and their parents indicates a lack of sufficient information about the rules of oral care.

Conclusions: These children need a program to stabilize their personal oral hygiene.

Key words: children of primary school age, dental status, oral hygiene.

PARODONT KASALLIKLARI ETIOPATOGENEZINING ZAMONAVIY JIHLTLARI



Alimova D.M., Fozilova L.G.

Toshkent davlat stomatologiya institute

Parodont kasalligi tishlarning yo'qotishning eng asosiy sabablaridan biri hisoblanadi [6]. JSST ning bergan ma'lumotlariga ko'ra, dunyo aholisining 85% dan ortig'i periodontal to'qima kasalliklariga moyil bo'lib, bu tishlarning tushishiga, surunkali infektsiya o'choqlarining paydo bo'lishiga, organizmning reaktivligining pasayishiga, mikroblarga nisbatan sensibilizatsiyani oshishiga, allergik holatlarning rivojlanishiga va boshqa tizimli kasalliklarga olib keladi [3]. AQSh va Buyuk Britaniyada olib borilgan tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, kattalar orasida gingivit aholisining 50-90 foizida uchraydi [13,37]. Germaniyadagi 2005 yildagi tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, kattalar orasida o'rtacha og'irlikdagi parodontit 52,7% ni, og'ir darajadagi parodontit esa 20,5% ni tashkil etadi.

Periodontitning etiologiyasi xilma-xildir [32] ammo asosiy omil bu patogenning invaziya [21] va og'iz bo'shlig'ining mahalliy qarshiligi o'rtasidagi nomutanosiblikdir [20], bu o'z navbatida ko'p jihatdan odamning genetik moyilligiga ham bog'liq [40].

Rus olimlarining tadqiqotlari generallashgan parodontit rivojlanishida ba'zi nomzod genlarning polimorfizmi va og'iz bo'shlig'ining mahalliy immunitet ko'rsatkichlari o'rtasidagi bog'liqlik borligini tasdiqlaydi [43]. Generallashgan parodontitni agressiv kechishining patogenezi kalsitonin retseptorlari geni va 1-turdagi kollagen a1-zanjirining polimorfizmlarining roli borligi aniqlandi [15]. O.A. Zorinaning ilmiy tadqiqotlarida ba'zi sitokinlar genlarining allellarining periodontitning rivojlanish darajasi va og'irligi bilan o'zaro bog'liqligi aniqlangan [44]. V.G. Atrushkevichning ilmiy tadqiqotlaridan biri esa agressiv yo'l bilan surunkali generallashgan parodontit rivojlanishining xavf keltiruvchi omili sifatida mineral metabolismning genetik jihatdan buzilishlariga bog'liqliligi bag'ishlangan [16].

S.M. Jaradat (2012) ma'lumotlariga ko'ra, IL-10 gen promotorining bir qismi parodontitning markeri sifatida ishlatilishi mumkin [30]. Eron aholisi

(Houshmand V.) orasida o'tkazilgan tadqiqotlarda IL-8 genining o'zaro aloqasi parodontit rivojlanishi o'rni borligi [27] topilgan. Evropa populyatsiyasida olib borilgan izlanishlar esa TLR2 polimorfizmining parodontit bilan aloqasi yo'qligi tasdiqlangan [39]. N.Y. Karimbux IL-1a, IL-1B polimorfik markerlar surunkali parodontit markerlari bo'lishi mumkin deydi [31]. Houshmandning ilmiy ishida parodontit rivojlanishida CTLA-4 gen turkumlari o'zaro bog'liq bo'lishi mumkin deb takidlagan [28]. Makedoniya aholisi populyatsiyasida surunkali parodontit rivojlanishida (-1082), (-819), (-592) IL-10 polimorfizmlar bilan bog'liqligi o'rganilgan va bu bu Atanasovska-Stoyanovskaning ishida o'z tasdiqini topgan. A. Zongning ilmiy tadqiqoti (-819), (-592) IL-10 polimorfizmlari parodontit rivojlanishi bilan aloqasini tasdiqlaydi [14]. W.T. Loo tomonidan olib borilgan tadqiqotda parodontit rivojlanishida IL-1a, IL-1B, TNF-a, IFN-Y, IL-10, IL-4 polimorfizmlarning aloqasi mavjudligi aniqlandi [34]. W.T. Loo ning boshqa bir ishida esa surunkali generallashgan parodontit bilan og'irgan bemorlar CD-14 va DEF-B retseptorlarining ma'lum genotiplariga ega ekanligini aniqladi [35]. Livan aholisida IL-1a gomozigotlari sonining ko'payishi parodontit rivojlanish ko'rsatkichi ekanligi aniqlandi [42].

Parodont kasalligining genetik tarkibiy qismining har birining ta'siri bir nechta genlarning allellarining o'ziga xos birikmalarining umumiy ta'siriga bog'liq bo'lishi mumkin. Parodontitga moyillikni erkak va ayol o'rtasidagi biologik farq, turli konstitutsiyaviy turlar, immunologik va biokimyoviy xususiyatlar bilan izohlash mumkin.

Parodont kasalliklari stomatologiyada yetakchi o'rinni egallaydi (85-90%), shundan 70-80% parodontit uchraydi [2,8,9,17]. Parodontit - bu organizmda C, B₁, A, E vitaminlarining etishmovchiligi, endokrin muvozanatning buzilishi, bakteriya va og'iz bo'shlig'i to'qimasi simbiozi o'rtasidagi muvozanatning o'zgarishi kabi umumiy omillar fonida organizm

reaktivligini pasayishidan kelib chiqadigan yallig'lanish-distrofik kasallikdir [11,38]. Yallig'lanish milk sohasida cheklanishi mumkin (gingivit) yoki barcha parodont strukturasiga ta'sir qilishi mumkin. Bu kasallikning klinik ko'rinishlari turli xil. Bunda milklar qonuvchanligidan boshlanib parodont kompleksining barcha to'qimalarini destruksiyaga uchrashi natijasida tishlarning yo'qotilishi bilan asoratlanadi [36].

18-45 yoshdagi bemorlarda engil va o'rtacha darajadagi lokalizatsiyalangan parodontit, 36-55 yoshli bemorlarda esa surunkali generallashgan parodontit kuzatiladi. 55 yoshdan katta bemorlarda deyarli 65% da og'ir darajadagi surunkali generallashgan parodontit uchraydi [12]. Shunday qilib, bemorlarning yoshi o'sgani sari kasallikning og'irlik darajasi kuchayadi, erkaklarning yoshi indeksleri ayollarga qaraganda past bo'ladi, bu erkaklardagi parodont kasalligining ilgari shakllanganligini ko'rsatadi [26].

55 yoshgacha bo'lgan bemorlarda surunkali parodontit og'irlik darajasiga qarab, amaliyotda quyidagi foizlarda uchraydi: surunkali generallashgan parodontit engil darajasi – 20,1%; o'rta darajasi – 24,5%; og'ir darajasi – 27,5% [29]. Parodont kasalliklari tish qatori ikkilamchi nuqsonlariga olib keladi va bu o'z navbatida bemorlarning ish qobiliyatini va hayot sifatini pasayishiga olib keladi.

Parodontologiya so'ngi yillarda mexanik intizomdan murakkab yuqumli intizomga aylandi. So'nggi o'n yillikda olib borilgan tadqiqotlar parodont mikrobiomini chuqurroq anglashga, parodontal diagnostika va terapiyani takomillashtirishga hamda parodont kasalligi 50 dan ortiq tizimli kasalliklar bilan bog'liqligini tasdiqlashga zamin yaratdi. Ushbu kasallikning rivojlanishida bakterial va immunologik omillarning roli katta. Kasallikning etiologiyasida mikroblar o'rni shuningdek, kasallik patogenezida esa immunitetning ahamiyati o'rganilgan. Parodontitda organizmning immune javob reaksiyasi o'z ichiga tug'ma va adaptive reaksiyani, bu yallig'lanishning avjlanishiga olib keladi. Parodontning turli ekologik mikro muhiti doimiy bo'lmagan xilmi xil mikrobiotlarning kolonizatsiyalanishi uchun qulay muhitdir.

Parodontit, gingivit, agressiv generallashgan yoki surunkali parodontit bilan og'rigan bemorlarning subgingival bioplyonkasi o'zida *Neisseria* spp., *Streptococcaceae*, *Candida albicans*, *Enterobacteria*, *Pseudomonas Aeruginosa*, *Eubacterium Saphenum*, *Clostridium Difficile*, *Olsenella*, *Hafnia alvei*, *Serratia Marcescens* va *Filifactoralocis* larni saqlaydi [25]. Ko'plab adabiyotlar ma'lumotlaridan ma'lumki, *A. actinomisetem-comitanlar*, *Porphyromonas gingivalis*, *Porphyromonas endodontalis*, *Prevotella intermedia*, *Treponema denticola*, *Tannerella forsythia*,

Fusobacterium nucleatum eng tajovuzkor hisoblanadi [41]. Ushbu patogen mikroorganizmlar yuqumli jarayonning rivojlanishiga ta'sir qiluvchi ma'lum patogen omillarga ega. Bundan tashqari, har bir patogen mikroba parodontitning immunopatogenezig ta'sir qiluvchi o'ziga xos xususiyatlari mavjud. Yaqinda o'tkazilgan bir qator tadqiqotlar parodontit patogenezining yangi modelini taklif qildi, bu esa individual patodontal patogenlar ta'siriga emas, balki parodontitning boshlanishi uchun javobgar bo'lgan mikroorganizmlarning sinergetik va disbiotik o'zaro ta'sirini ko'rsatmoqda [24]. Eng ko'rganilgan patogen bu *P.gingivalis* – *Bacteroidaceae* oilasiga mansub anaerob grammanfiy *Coccobacillus*.

Ba'zi tadqiqotchilar *P. gingivalis*ni makroorganizmda yallig'lanishga qarshi immunopatologik reaksiyalarni rivojlanishida asosiy o'rindaligini takidlaydi. Mikro muhitda *P. gingivalis* yashashi, ko'payishi, oziqlanishi uchun hojayin organizmi mikroflorasida qulay muhit mavjudligi yallig'lanishga qarshi immun reaksiyalarga qarshi turg'unligini oshiradi. *P. gingivalis* sababli kelib chiqqan surunkali parodontitning muhim xususiyatlari shundaki, bakteriyalar ho'jayin hujayralarga yopishadi va ishg'ol qiladi, hojayin hujayralari va to'qimalari orqali tarqaladi, bu esa immun mexanizmni ishdan chiqaradi va himoya reaksiyalarini buzadi. *P. gingivalis* gingipaini patogen faktor uchun milk epiteliysi o'ykazuvchanligini oshiradi.

Gingipainlar, *P. gingivalis*dan ajraladigan mahsulotlar bir necha mexanizmlar yoki hojayin oqsilini aktivatsiyasidezaktivatsiyalash, fibroblastlarda matritsali metalloproteinazlar (MMP) ekspressionini stimulatsiyalashda ishtirok etadi [19]. MMP – bu to'qimalarda yangilanish vaqtida, shuningdek yallig'lanish jarayonlarida hujayradan tashqari matritsaning degradatsiyasi uchun javob beradigan sinkga bog'liq fermentlar guruhi. Ular odatda katta to'qimalarda past darajadagi ekspression va faollikni namoyon qiladi, ammo turli patologik sharoitlarda sezilarli darajada ko'payishi mumkin va bu yallig'lanish natijasida to'qimalarni yo'q qilishiga olib keladi hamda o'smaning o'sishi va metastazini rivojlantiradi. Gingipainlar kollagen va biriktiruvchi to'qima matritsasini parchalashi, parodont to'qimalarini yo'q qilishi, sitokinlarni parchalashi, hojayinning komplementar sistemasi komponentlarini dezaktivatsiya qilishi va turli retseptorlarni parchalashi, shu jumladan makrofaglarda CD14 va CD4, T hujayralarida CD8 ni buzishi mumkin, shu bilan himoyani ingibirlab. *P. gingivalis* kolonizatsiyasiyani osonlashtiradi [33].

*P. gingivalis*ning lipopolisaxaridi (LPS) boshqa gram-manfiy bakteriyalarning LPS-dan strukturaviy

jihtadan farq qiladi va shuningdek, turli xil immunogen xususiyatlarga ega. Tug'ma xujayralarda Tollga o'xshash TLR2 retseptorlari tanib olib TLR6 bilan o'zaro ta'sir qilishi mumkin. Bunday noodatiy tanib olish lipid A. ning strukturaviy geterogenligiga bog'liq bo'lib, u CDR xujayralari bilan assotsiatsiyalanib ikkala TLR2 va TLR4 bilan bog'lanishiga imkon beradi [22].

So'nggi paytlarda nafaqat gingipainlar va P. gingivalis dan LPS larning immun signallaridagi orni, balki boshqa shu bakteriyadan hosil bo'luvchi oqsillar yani serinfosfataza (SerB), peptidilarginindeaminaz, nukleosillifosfatkinaz va fimbrii: FimA, HemB, HbR, Hgp44, RagB larning rollari o'rganildi [18].

Immun tizimidagi gormonlarga bog'liq o'zgarishlar alohida ahamiyatga ega. Shunday qilib, qandli diabet immun reaksiyalarining buzilishi aniqlandi, natijada neytrofillarning funktsional faolligi pasayadi va gipereaktiv monotsitik javob paydo bo'ladi, natijada parodont to'qimalariga zarar yetadi [4].

F. Mirsaeva tadqiqotlariga ko'ra, parodontal kasallik patogenezining immunologik komponenti parodont tuzilmalariga tashqi tomondan zarar etkazilgan paytdan emas, balki oldingi bosqichda, parodont to'qimalarining qarshiligining pasaytiruvchi qon aylanishining buzilishiga olib keladigan qon tomirlari zararlanishi oqibatida vujudga keladi [10].

I.S. Freidlin, S.A. Kuzpetsova (1999) asosiy ta'sir qilish mexanizmlarini sitokinlarga bo'ladi: immunokomponent hujayralarini ishlab chiqarishni boshqaruvchi o'sish omillari; yallig'lanish jarayonining rivojlanishini cheklaydigan yallig'lanishga qarshi sitokinlar; hujayra va gumoral immunitetni tartibga soluvchi sitokinlar; o'zlarining effektor funktsiyalariga ega bo'lgan sitokinlar (virusga qarshi, sitotoksik) va boshqalar.

Yallig'lanishga qarshi sitokinlar (IL-1, IL-6, IL-8, IL-12, TNF α , IFN α , IFN γ , MIF) yallig'lanish reaksiyasining dastlabki bosqichida o'zlarining retseptorlari orqali immunokomponent hujayralarga ta'sir qiladi va o'ziga xos immun javobni rivojlantiradi. Alternativ yallig'lanishga qarshi sitokinlar ham mavjuddir, ulardan IL-4, IL-10 va IL-13 TGF β eng ko'p o'rganilgan.

Parodontit bilan og'rigan bemorlarning periferik qonini o'rganish jarayonida sitokinlar hosil bo'layotgan mahsulotlarda sezilarli o'zgarishlarni aniqladi: o'z-o'zidan TNF- α ishlab chiqarishni ko'payishi, IL-4 ning mahsulotini induksiyaalanishini pasayishi, IL-8ning induksiyaalanishini ko'payishi. Gingival suyuqlik tarkibidagi sitokinnarning tarkibini o'rganish natijasida periferik qon bilan taqqoslaganda IL-8 darajasi ancha yuqori bo'lganligi aniqlandi [7]. Shuni ta'kidlash kerakki, qon zardobida va so'lakda

sitokinlar darajasi o'rtasida o'zaro bog'liqlik yo'q, bu mahalliy immunitet reaksiyalarining ma'lum bir avtonomiyasidan darak beradi [1].

Adabiyotlar

1. Абаджиди М.А., Лукушкина Е.Ф., Маянская И.В. и др. Уровень цитокинов в секрете ротовой полости у детей с бронхиальной астмой // Цитокины и воспаление. – 2002. – Т. 1, №3. – С. 9-14.
2. Асташина Н.Б., Рогожникова Е.П., Никитин В.Н. и др. Интеграция современных экспериментальных и клинических методов оценки подвижности зубов для оптимизации подходов к ортопедическому стоматологическому лечению пародонтита // Уральский мед. журн. – 2020. – №9 (129). – С. 66-71.
3. Бекжанова О.Е., Ризаев Э.А. Единство системных патогенетических механизмов развития соматической патологии и заболеваний пародонта // Мед. журн. Узбекистана. – 2019. – №4. – С. 85-88.
4. Ибрагимов Т.И., Лебеденко И.Ю., Арутюнов С.Д. Прогнозирование эффективности лечения пародонтита на фоне сахарного диабета // Terra medica. – 2001. – №3. – С. 42-44.
5. Калинина Н.М., Давыдова Н.И., Дунызина Т.М. Иммунологические механизмы воспаления при хроническом генерализованном пародонтите // Мед. иммунол. – 2000. – Т. 2, №2. – С. 166-167.
6. Камилов Х.П., Тахирова К.А. Современный подход к диагностике пародонитов: полимеризационная цепная реакция в режиме реального времени // Stomatologiya. – 2017. – №3. – С. 80-81.
7. Ковалевский А.М., Иорданишвили А.К., Кравцов В.Ю. и др. Интегративный подход в диагностике и лечении хронического генерализованного пародонтита и хеликобактерной инфекции // Пародонтология. – 2012. – Т. 17, №4 (65). – С. 85-88.
8. Максудова А.А. Стоматологическая заболеваемость у пациентов со стенозом сонных артерий // Молодая наука – практическому здравоохранению: Материалы 92-й итог. науч.-практ. конф. студентов, ординаторов, аспирантов, молодых ученых (до 35 лет) ПГМУ им. акад. Е.А. Вагнера. – Пермь, 2019. – С. 243-244.
9. Микляев С.В., Леонова О.М., Сущенко А.В. Анализ распространенности хронических воспалительных заболеваний тканей пародонта // Соврем. пробл. науки и образования. – 2018. – №2.
10. Мирсаева Ф.З. Иридодиагностика в пародонтологии // Новое в стоматологии. – 1998. – №10. – С. 17-20.

11. Полушкина Н.А., Вечеркина Ж.В., Олейник О.И. и др. Методика оценки состояния полости рта с помощью упрощенного индекса гигиены ИГР-У // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2020. – Т. 19, №3. – С. 49-53.
12. Филон А.Н., Чертов С.А. Клиническое обоснование эффективности использования метода плазмолифтинга в комплексном лечении генерализованного пародонтита // Функція і естетика щелепно-лицьової ділянки: 36. матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – С. 70-72.
13. Albandar J.M., Kingman A. Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994 // J. Periodontol. – 1999. – Vol. 70, №1. – P. 30-43.
14. Atanasovska-Stojanovska A., Trajkov D., Popovska M., Spiroski M. IL-10 - 1082, IL-10 - 819 and IL-10 - 592 polymorphisms are associated with chronic periodontitis in a Macedonian population // Hum. Immunol. – 2012. – Vol. 73, №7. – P. 753-758.
15. Atrushkevich V.G., Dmitrieva L.A., Poljakov A.V. et al. Rol' polimorfizmov gena receptora kal'citonina (CALCR) i α 1-цепи kollagena I tipa (COL1A1) v patogeneze hronicheskogo neneralizovannogo parodontita s agressivnym techeniem // Стоматология для всех. – 2008. – №4. – С. 4-6.
16. Atrushkevich V.G., Poljakov A.V., Zinov'eva A.I. et al. Geneticheski obuslovlennoe narushenie mineral'nogo obmena kak faktor riska razvitiya hronicheskogo generalizovannogo parodontita s agressivnym techeniem // Materialy konferencii. – 2012. – Vol. 14. – S. 28-29.
17. Barros S.P., Fahimipour F., Tarran R. et al. Epigenetic reprogramming in periodontal disease: dynamic crosstalk with potential impact in oncogenesis // Periodontology. – 2000. – Vol. 82, №1. – P. 157-172.
18. Behm C., Blufstein A., Abhari S.Y. et al. Response of human mesenchymal stromal cells from periodontal tissue to LPS depends on the purity but not on the LPS source // Med. Inflamm. – 2020. – Vol. 2020. – P. 8704896.
19. Bengtsson T., Khalaf A., Khalaf H. Secreted gingipains from *Porphyromonas gingivalis* colonies exert potent immunomodulatory effects on human gingival fibroblasts // Microbiol. Res. – 2015. – Vol. 178. – P. 18-26.
20. Bulgakova A.I., Galikeeva A.Sh. Osobennosti mikrojelementnogo gomeostaza i immunnogo statusa polosti rta u bol'nyh s generalizovannym parodontitom // Parodontologija. – 2011. – Vol. 60, №3.
21. Bulkina N.V., Vedjaeva A.P. Bystroprogressirujushhij parodontit: novye aspekty patogeneza i kompleksnoj terapii // Parodontologija. – 2012. – Vol. 65, №4.
22. Cavalla F., Letra A., Silva R.M., Garlet G.P. Determinants of periodontal/periapical lesion stability and progression // J. Dent. Res. – 2021. – Vol. 100, №1. – P. 29-36.
23. Chen C., Feng P., Slots J. Herpes virus-bacteria synergistic interaction in periodontitis // Periodontology. – 2000. – Vol. 82, №1. – P. 42-64.
24. Chevalier M., Ranque S., Prêcheur I. Oral fungal-bacterial biofilm models in vitro: a review // Med. Mycol. – 2018. – Vol. 56, №6. – C. 653-667.
25. Colombo A.P.V., Magalhães C.B., Hartenbach F.A.R.R. et al. Periodontal disease-associated biofilm: A reservoir for pathogens of medical importance // Microb. Pathog. – 2016. – Vol. 94. – C. 27-34.
26. Curtis M.A., Diaz P.I., Van Dyke T.E. The role of the microbiota in periodontal disease // Periodontology. – 2000. – Vol. 83, №1. – P. 14-25.
27. Houshmand B., Hajilooi M., Rafiei A., et al. Bidgoli M., Soheilifar S. Evaluation of IL-8 gene polymorphisms in patients with periodontitis in Hamedan, Iran // Dent. Res. J. (Isfahan). – 2012. – Vol. 9, №4. – P. 427-432.
28. Houshmand B., Rafiei A., Hajilooi M. Influence of cytotoxic T lymphocyte antigen-4 (CTLA-4) gene polymorphisms in periodontitis // Arch. Oral. Biol. – 2012. – Vol. 57, №9. – P. 1218-1224.
29. Janakiram C., Dye B.A. A public health approach for prevention of periodontal disease // Periodontology. – 2020. – Vol. 84, №1. – P. 202-214.
30. Jaradat S. M., Ababneh K. T., Jaradat S. A. et al. Association of interleukin-10 gene promoter polymorphisms with chronic and aggressive periodontitis // Oral. Dis. – 2012. – Vol. 8, №3. – P. 271-279.
31. Karimbux N.Y., Saraiya V.M., Elangovan S. et al. Interleukin-1 gene polymorphisms and chronic periodontitis in adult whites: a systematic review and meta-analysis // J. Periodontol. – 2012. – Vol. 83, №11. P. 1407-1419.
32. Kozlova A.Ju. Struktura desny v uslovijah normy pri ispol'zovanii jestrogenogo preparata i fitojestrogenov na modeli gipojestrogenogo sostojanija (eksperimental'noe issledovanie) // Parodontologija. – 2012. – Vol. 63, №2.
33. Lönn J., Ljunggren S., Klarström-Engström K. et al. Lipoprotein modifications by gingipains of *Porphyromonas gingivalis* // J. Periodontal. Res. – 2018. – Vol. 53, №3. – P. 403-413.
34. Loo W.T., Bai L.J., Fan C.B. et al. Clinical application of human β -defensin and CD14 gene

polymorphism in evaluating the status of chronic inflammation // J. Transl. Med. – 2012. – Vol. 19, №10 (suppl. 1). – S. 9.

35. Loo W.T., Fan C.B., Bai L.J. et al. Gene polymorphism and protein of human pro- and anti-inflammatory cytokines in Chinese healthy subjects and chronic periodontitis patients // J. Transl. Med. – 2012. – Vol. 19, №10 (suppl. 1). S. 8.

36. Nguyen A.T.M., Akhter R., Garde S. The association of periodontal disease with the complications of diabetes mellitus. A systematic review // Diab. Res. Clin. Pract. – 2020. – Vol. 165. – P. 108244.

37. Office for National Statistics (2000) Adult dental health survey: oral health in the United Kingdom, 1998.

38. Pedigo R.A. Oral medicine; Eds R.M. Walls, R.S. Hockberger, M. Gausche-Hill. – 9th ed. – Philadelphia, PA: Elsevier, 2018. – Chap 60.

39. Richter G.M., Graetz C., Pohler P. et al. Common genetic risk variants of TLR2 are not associated with periodontitis in large European casecontrol populations // J. Clin. Periodontol. – 2012. – Vol. 39, №4. – P. 315-322.

40. Seymour G.J. Importance of the host response in periodontium // J. Clin. Periodontol. – 1991. – Vol. 18, №6. – P. 421-426.

41. Slots J. Focal infection of periodontal origin // Periodontology. – 2000. Vol. 79, №1. – P. 233-235.

42. Tawil G., Akl F.A., Dagher M.F. et al. Prevalence of IL-1 β +3954 and IL-1 α -889 polymorphisms in the Lebanese population and its association with the severity of adult chronic periodontitis // J. Biol. Regul. Homeost. Agents. – 2012. – Vol. 26, №4. – P. 597-606.

43. Vishnjagova N.A. O vzaimosvjazi polimorfizma nekotoryh genov kandidatov s pokazateljami mestnogo immuniteta polostirta pri hronicheskom generalizovannom parodontite // Ural'skij med. zh. – 2010. – №2. – S. 30.

44. Zorina O.A., Boriskina O.A., Il'inskij V.V., Rebrikov D.V. Vzaimosvjaz' allelej genov nekotoryh citokinov so skorost'ju progressii i tjazhest'ju parodontita // Стоматология для всех. – 2013. – №1. – С. 238-244.

Parodont to'qimasining patologiyasi zamonaviy stomatologiyaning eng keng tarqalgan muammolaridan biri bo'lib kelmoqda. Shu bilan birga, bu kasallikni tashxislash va davolash stomatologiyaning eng qiyin muammolaridan biridir, chunki ko'p yillar davomida kasallikning etiologiyasi, patogenez va hatto nomlanish masalalari munozarali bo'lib qolmoqda, bu ko'plab tasniflarni keltirib chiqarishga olib

kelmoqda. Ma'lumki, har qanday surunkali kasallik-bu kasallikning rivojlanishiga bevosita yoki bilvosita ta'sir etuvchi salbiy omillar ta'siri ostida vujudga kelgan uzoq muddatli patofiziologik jarayonning yakuniy bosqichidir. Ushbu maqolada parodont kasalliklarning rivojlanishining asosiy etiologik omillari, shuningdek, zamonaviy stomatologiya nuqtai nazaridan ularning rivojlanish mexanizmlari haqidagi mahalliy va xorijiy adabiyot ma'lumotlariga umumiy nuqtai nazar keltirilgan.

Kalit so'zlar: parodontologiya, parodont kasallik, etiologiya, patogenez, stomatologiya

Патология тканей пародонта – одна из самых актуальных проблем современной стоматологии. Диагностика и лечение этого заболевания до сих пор вызывают трудности, так как в течение многих лет этиология, патогенез и даже названия заболевания были противоречивыми, что привело к множеству классификаций. Известно, что любое хроническое заболевание – это завершающая стадия длительного патофизиологического процесса, протекающего под воздействием негативных факторов, прямо или косвенно влияющих на развитие болезни. В статье проанализированы основные этиологические факторы развития заболеваний пародонта, а также данные литературы о механизмах их развития с точки зрения современной стоматологии.

Ключевые слова: пародонтология, пародонтоз, этиология, патогенез, стоматология.

Periodontal tissue pathology is one of the most common problems in modern dentistry. However, the diagnosis and treatment of this disease is one of the most difficult problems in dentistry, as for many years the etiology, pathogenesis, and even naming of the disease have been controversial, leading to many classifications. It is known that any chronic disease is the final stage of a long-term pathophysiological process that occurs under the influence of adverse factors that directly or indirectly affect the development of the disease. This article provides an overview of the main etiological factors in the development of periodontal disease, as well as data from local and foreign literature on the mechanisms of their development in terms of modern dentistry.

Key words: periodontology, periodontal disease, etiology, pathogenesis, dentistry

COVID-19 ЎТКАЗГАН БЕМОРЛАРДА КАВЕРНОЗ СИНУС ТРОМБОЗИ КЛИНИК КЕЧИШИ ВА ОҚИБАТЛАРИ



Боймуродов Ш.А.^{1,2}, Рустамова Д.А.², Бобамуратова Д.Т.^{1,2}, Курбанов Ё.Х.², Умаров Р.З.³

¹Тошкент тиббиёт академияси, ²Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси,

³Шифокорларни малакасини ошириш ва қайта тайёрлаш маркази

Сўнгги 2 йил мобайнида коронавирус пандемияси бутун дунё халқларининг оғриқли нуқтасига айланган. Касаллик кўп инсонларнинг саломатлигини кескин ёмонлашуви, ногиронлиги ва ўлимига сабаб бўлмоқда [1,19]. Шу даврлардан буён бу касаллик каверноз синус тромбози каби асоратлари кузатилиши ҳам касалланиш даражасига тўғри пропорционал равишда кескин ортмоқда, инсонлар ўлими сабабига айланмоқда [1,6]. Юз-жағ соҳаси асоратлари клиник кўринишлари ҳам турлича бўлиб ташхислашда қийинчиликлар туғдиради. Неврологик, офтальмологик асоратлар, ЛОР-органлари, юз-жағ соҳаси ўзгаришлари турли соҳа мутахассисларини ҳамжихатликда ишлашини талаб этади. COVID-19га чалинган беморларда оғиз бўшлиғидаги кичик афтадан тортиб юз суяклари остеомиелитининг клиник кечиши бошқа остеомиелитлардан клиник кечиши бўйича тубдан фарқ қилади. Жараённинг ишемик-некротик характердалиги, узок давом этиши, тарқоқ кечиши, кучли бош оғриғи безовта қилиши, анъанавий давонинг самараси пастлиги билан фарқланади [2,4,5,8]. Умумий кўрсаткичлар нормаллашуви, бемор саломатлигининг тикланиши маҳаллий жараёнлар натижаси билан бевосита боғлиқлиги беморларга индивидуал ёндошишни талаб этади.

Пандемия даврида чоп этилган асосий мақолалар клиник кечишни изоҳлаган бўлиб кўпчилигида кам сонли беморлар қамраб олинган. Бугунги кунда постковид беморларда юз-жағ соҳаси асоратлари ифодаланган системалашган эпидемиологик текширувлар саноклидир.

Ишлар мақсади

Коронавирус касаллиги ўтказган беморларда юз-жағ соҳаси асоратларини клиник кечишини таҳлил қилишдир.

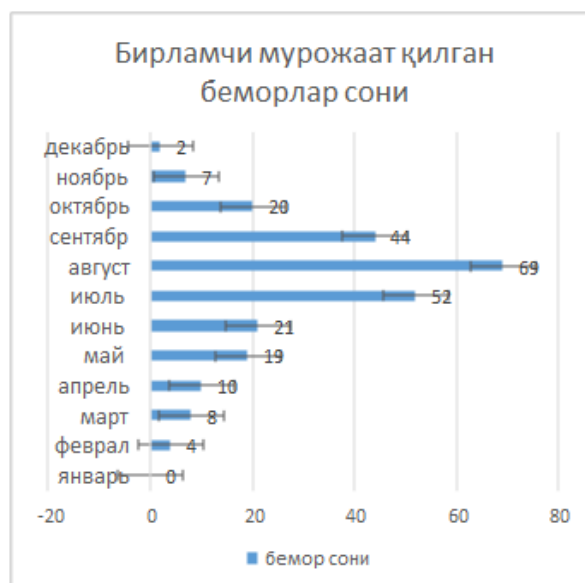
Материаллар ва усуллар

Илмий таҳлил Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасига ва “Профмедсервис”

хусусий клиникасига 2020йил июль ойидан-2021 йил сентябрь ойигача мурожаат қилган 256 нафар беморда ўтказилди. Беморлар постковид синдром, каверноз синус тромбози, юқори жағ остеомиелити, геми/пан/синусит ташхислари комплекси билан стационар ва кейинчалик амбулатор даволанишда бўлган. Беморлар 18 ёшдан 76 ёшгача бўлиб, уларнинг ўртача ёши $52,5 \pm 3,9$ ёшни ташкил қилди, уларни 148 (57,8%) нафари эркак ва 108 (42,2%) нафарини эса аёллар ташкил этди. Барча беморларда COVID-19 дастлаб полимер занжирли реакция (ПЗР), кейинчалик иммунофермент таҳлили (ИФТ) ёки иммунохемилюминесцент таҳлил (ИХЛА) усуллари ёрдамида тасдиқланган бўлиб, беморлар аксарияти касалликнинг ўткир-юқумли даври ўтгач мурожаат қилган. Барча беморлар деярли 1 йил мобайнида кузатувда бўлишди, тегишли тартибда мунтазам текширувлар ўтказилди. Умумий қон таҳлили, коагулограмма, биохимик, аутоиммун текширувлар, мултиспирал компьютер томография, магнит резонанс томография (МСКТ/МРТ) текширувлар, микробиологик ва патоморфологик таҳлиллар ўтказилди. Барча беморлар ТТА кўп тармоқли клиникасининг турли бўлимларида (терапия, реанимация, пульмонология, неврология, ЛОР, юз-жағ жаррохлиги) мунтазам стационар ва амбулатор даволанишди.

Натижалар ва уларнинг таҳлили

Беморларнинг мурожаати деярли асосий қисми йилнинг иссиқ ойларига (июль, август, сентябрь) тўғри келди (1-расм). Касалланган беморларни сонини кўплиги, об-ҳавонинг иссиқ кунларида COVID-19 билан зарарланган беморлар саломатлигига ниҳоятда эътиборли бўлиш зарурлигини, беморлар коагулограмма ва инфекцион ўчоқлар санациясига аҳамият бериш зарурлигини англатади.



1-расм. Беморларнинг бирламчи мурожаатларини ойлар бўйича тақсимооти

Даволанган барча беморлар 2 томонлама пневмония ўтказган, II тип қандли диабет мавжуд (1-жадвал). КСТ билан асоратланган беморлар аксариятида (50%) гипергликемик ҳолат COVID-19 билан даволаниш даврида бирламчи аниқланган бўлса, қолганларда (50%) эса анамнезида аввалдан қандли диабет мавжуд бўлган. Интенсив терапия ва реанимация бўлимларида умумий аҳволи оғир ва ўта оғир бўлган беморларда (9-12%) узок муддатли

давр мобайнида кислородга муҳтожлик ҳолати сақланиб, 2 томонлама КСТ, инсульт, миокард инфаркти, менингоэнцефалит бўлган беморларда касаллик асосан ўлим билан якун топди. Мустақил ва эркин ҳаракатланадиган, қўшимча кислородга эҳтиёжи бўлмаган беморлар умумий аҳволи нисбатан ўрта оғирликда бўлган беморларда даволаш бошқа асоратларсиз, самаралироқ кечди.

1-жадвал

Юз-жағ соҳаси остеомиелити бўлган беморларнинг ҳолати ва ёндош касалликлари, n=256

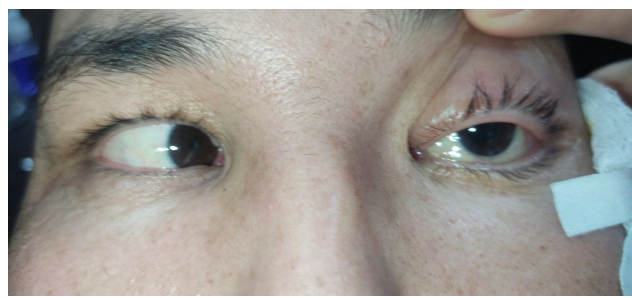
Коморбид ҳолатлар	Бемор сони	%
Бемор умумий ҳолати:		100
- енгил	120	46,9
- ўрта	111	43,4
- оғир	17	6,6
- ўта оғир	8	3,1
Қандли диабет 2-тип	248	97,7
- аввалдан мавжуд	122	47,7
- постковид гипергликемия	128	50
Артериал гипертензия	200	78
ЮИК	179	70
Пневмония	230	89,8
Постковид тизимли васкулит	14	5,4%
Меъда-ичак тракти сурункали касалликлари	34	13,2
Морбид семизлик	216	84,4%
Тана вазни индекси		28,1±0,81
Атеросклероз	197	77
Тери тошмалари	36	14%
Ўткир миокард инфаркти	26	10%
Ўткир бош миёна қон айланиш етишмовчилиги	113	44,1%
Инсульт	28	10,9%
Менингит, энцефалит, миёна абсцесси	14	5,5
Бронхиал астма	3	1,2

Буйрак етишмовчилиги	7	2,7
Жигар циррози	2	0,8
СПИД	1	0,4
Бошқа касалликлар		
Алкогол истеъмоли	33	13
Чекиш	21	8,2
Поствакцинацион КСТ	7	2,7
Ўлим	53	20,7

COVID-19 беморларда каверноз синус тромбози юз-жағ соҳаси асоратларининг бир неча хил клиник патологиялар комплексни ўзида жам этади (2-жадвал).

Деярли барча беморларнинг асосий шикоятлари кучли бош оғриқлари касалликнинг дастлабки белгиларидан бўлиб, оғриқ асосан чакка, энса, кўз косаси, пешона қисмларида локализацияланган. Оғриқ характери турлича бўлиб айрим беморларда нерв йўналиши бўйлаб иррадиацияланувчи

характерда бўлса, айримларида тотал ёки маълум нуқталарда, асосан кўз атрофида бўлди ва 65% ҳолларда оғриқ сақланиб қолди, 28% беморларда эпилепсияга қарши воситаларга эҳтиёж сезилди, 31% беморлар невралгия билан биргаликда юқори жағ остеомиелити, кўришни тўлиқ йўқолиши кузатилди.



1-расм. Чап томонлама “кўз ёриғи” синдроми. III, IV, ва VI жуфт бош мия нервлари дисфункцияси ҳисобига птоз, диплопия, кўз олмаси парези, мидриаз.

Беморларни 37%да ўткир даврда, яъни COVID-19га марказлашган шифохонада, 54% беморларда касалхонадан чиққач, 1 ҳафта ичида бош оғриқлари кучайиши, 70,7%да қовоқнинг ёпилиши (птоз), 77% да хемоз, 67% да кўз олмаси ҳаракати чекланиши ёки йўқолиши, 81% да периорбитал шиш, 54%да экзофтальм, 51% да кўрлик кузатилди, 20 та беморда эса 2 томонлама кўришнинг йўқолиши кузатилди (1-расм).

Кузатувдаги беморларни барчасида уч шохли нерв сезги бузилишлари, айниқса биринчи ва иккинчи шохларда парестезия ва анестезияси кузатилди. Кўпгина беморларда нейропатиялар ҳам алоҳида аҳамиятли бўлиб, каверноз синуслардаги яллиғланиш, тромбоз ҳисобига бош мия III, IV ва VI жуфт нервлари ўтказувчанлиги бузилишини кўз олмаси ва қовоқлар парези ва параличи каби патологиялар аниқланди

2-жадвал

COVID-19 ўтказган, каверноз синус тромбози билан асоратланган беморлардаги маҳаллий клиник ва радиологик белгилар, n=256

Клиник белги	Бемор сони	%*
Бир томонлама каверноз синус тромбози	194	75,8
- чап томонлама	112	43,75
- ўнг томонлама	82	32,03
- икки томонлама каверноз синус тромбози	62	24,2
Остеомиелит, остеонекроз:	236	92,2
- юкори жағ	230	89,8
- пастки жағ	2	0,78
Юз юмшоқ тўқималари яллиғланишлари	190	74,2
Юз юмшоқ тўқималари некрози	29	11,3
Юз веналари тромбофлебита	23	9
Бурун шиллик кавати некрози	256	100
Гемисинусит	138	54
Пансинусит	118	46
Изоляц. синусит (гайморит)	26	10,1
Дисциркулятор энцефалопатия	124	48,4
Юз нерви парези	95	
3 шохли нерв анестезия	256	100
- мандибуляр нерв	2	0,78
- максилляр шох	252	98,4
- офтальмик шох	239	93,3
Бош оғриқлари	256	100
III, IV, VI жуфт нервлар дисфункцияси (кўз ёриғи синдроми)	207	81
Ютинишнинг қийинлашуви	28	10,9
Офтальмологик ўзгаришлар:	248	97
- мидриаз	153	59,8
- птоз	181	70,7
- кўрлик (1 томонлама)	112	43,7
- кўрлик (2 томонлама)	20	7,8
- кўришнинг хиралашуви туман	143	55,8
- ретробульбар, периорбитал шиш	207	80,9
- экзофтальм	138	54
- хемоз	197	76,9

Юқоридагилардан ташқари беморларда юз нерви парези, дисциркулятор энцефалопатия, бош мия ишемияси ва атрофияси, церебрал микроангиопатия, мия ичи гипертензияси каби неврологик симптомлар ҳам зўрайиб борди. Кузатув давомида барча беморларда юз ўрта қисми суяклари остеомиелити кузатилиб, жараённинг кескин ривожланиши аниқланди. 63% беморларда танглайда некроз кузатилди (2-расм). Зарарланган томондаги юз юмшоқ тўқималарда вақти-вақти билан яллиғланишнинг ўткирлашуви, абсцесс ривожланиши ҳолати ҳам кузатилди. Одонтоген остеомиелитдан фарқли равишда жараёнининг суст кечиши, секвестрациянинг кечикиши ва асосан танглай суяги, альвеоляр суяклар, бурун суяклари, гаймор бўшлиғи деворлари, ёноқ суяги ва кам

ҳолларда пешона суяги секвестрлари ажралиб чиқди.

МСКТ ёки МРТ контрастли ангиография текширувлари орқали эрта босқичларда ички уйқу артериясининг каверноз синус соҳасидаги тармоғи, кўз томирларидаги тромб ҳажми ва шаклини аниқлаш мумкин. Бошқа кўрсаткичлар экзофтальм, периорбитал шиш, эндофтальмит, синуситлар, юз-жағ остеомиелитлари ва секвестрация жараёнлари ва бош мия ўзгаришлари тасдиқланди. Патоморфологик текширувда қон-томирлар девори яллиғланиши ва некрози, тромбози, юмшоқ тўқималар гомогенлашиши, лимфоцитар ва лейкоцитар инфильтрацияси кузатилди.



2-расм. Танглай ҳолати ва олинган секвестр.

Бундан ташқари замбурғ характердаги микрофлора, асосан *Mucorale*, *Candida*, камроқ *Aspergillus* оилаларига кировчи замбурғлар аниқланди. Бурун ёндош бўлиқлари эндоскопиясида бурун шиллиқ қавати, пастки ва ўрта бурун йўллари яллиғланиши, йирингли-геморрагик ажралмалар, қон қуйилиш ўчоқлари ва шиллиқ қават некрози деярли 97% беморларда кузатилди.

Жарроҳлик муолажалари отоларинголог, юз-жағ жарроҳи, офтальмолог иштирокида, касалликнинг кечишининг турли босқичларида амалга оширилди. Шошилиш операциялар йирингли ўчоқ-абсцесс, флегмона очиш, периостотомия ёки бурун ёндош бўшлиқлари пункцияси деярли барча беморларда ўтказилди. Бемор умумий ҳолати яхшиланиб, қон кўрсаткичлари меъёрлашгач, режали равишда FESS (functional endoscopic sinus surgery) – пан/гемисинусотомия (88% беморларда), юз юмшоқ тўқималар некроэктомияси (7,5%), юқори жағ ва танглай суяклари эрта некроэктомияси (48,5%), кечки даврларда секвестрэктомия (75%) амалиётлари ўтказилди. Офтальмолог шифокорлар ҳулосасига кўра 21 беморда (8,2%) ҳолларда кўз инокуляцияси ва 5 беморда (1,95%) экзентерацияси амалиётини ўтказилди. Комплекс белгилар-зарарланган кўздаги ёруғликка реакциянинг йўқлиги, орбитал тўқималар некрози, офтальмоплегия, эндофтальмит ва даволашга қарамай кўздаги салбий динамика кузатилиши инокуляция ёки экзентерацияга кўрсатма бўлиб хизмат қилди. Каверноз синус тромбози билан асоратланган беморларни даволашда медикаментоз ва жарроҳлик усуллари қўлланилди. Антибактериал даво (микробиологик таҳлил натижасига асосланиб дори воситаси танланди), яллиғланишга ва замбурғга қарши (флюконазол, амфотерицин Б) препаратлар, антикоагуляция (гепаринизация), антиагрегантлар, қон айланишини кучайтирувчи препаратлар

(актовегин, Л лизин эсцинат, тивортин), локал гирудотерапия, витамин ва минераллар комплекси ва симптоматик даво буюрилди. Бундан ташқари асосий ёндош касалликлари бор беморларга қўшимча мутахассислар жалб қилинди.

Тахлил

Коронавирус касаллиги ўткир белгилари 2-3 ҳафта давом этсада, инсонлар унинг асоратларидан йиллаб азоб чекмоқда. Юқорида келтирилган ҳолатлар жиддий асоратлар бўлиб инсонни бутун умр ногиронликка етаклаши, ўлимига сабаб бўлиши, хатто леталлик кузатилмасдада ҳаётини ўзгартирадиган негатив ҳолатлар саналади [7,9,11].

Маълумки, COVID-19 касаллигида қон ивишининг бузилиши (ортиши) бош ва юз томирларида тромблар ҳосил бўлиши оғир асоратларга сабаб бўлади [3,9,15,16]. Бош мия синуслари, хусусан каверноз синус соҳасида ривожланган патологик жараёнлар (яллиғланиш, уйқу артериясидаги тромботик ва атеросклеротик ўзгаришлар) шу зонадан ўтувчи III, IV, V, VI жуфт бош мия нервлари сиқилишига ва ўтказувчанлигини бузилишига олиб келади. Юз-жағ асоратларининг клиник кечиши айнан қайси соҳанинг зарарланганлиги билан узвий боғлиқ бўлиб, шу соҳада қон айланиш бузилиши, ангиопатия ва нейропатия сабабли остеонекроз, ишемик-атрофик жараёнлар, кўрлик ривожланмоқда [6,13,17].

Бир томондан қатор хорижий манбалардан маълумки, юқоридаги клиник кўринишга эга беморларларда “рино-орбитал мукормикоз” ёки “рино-орбито-церебрал мукормикоз” ташхиси остида даволаш ишлари олиб борилмоқда. Иммуни тизим заифлашуви, стероидларнинг кўп қўлланилиши, диабетик кетоацидоз, қонда эркин темир миқдорининг ортиши мукормикоз ривожланишига олиб келади [3,12,14,18]. Кузатувимиздаги беморлар аксариятида гистокимёвий текширувда ҳам *Mucorale*

гифлари қайд этилиши ушбу касалликнинг ҳам мамлакатимизда кузатилаётганлигини ва каверноз синус тромбозида муҳим этиологик омил эканлигини айтишимиз мумкин. Бундан ташқари айрим дори восталари-глюкокортикостероидлар, интерлейкин ингибиторлари остеопороз, остеонекроз жараёнини кучайтиришини инобатга олиб, медикаментоз даволашда препаратларни зарурий ҳолатда оптимал миқдорини қўллаш зарур.

Хулоса

Юқорида келтирилган клиник белгилар ва симптомлардан хулоса қилиб беморларда COVID-19 касаллиги ўткир босқичларидаёқ асоратлар олдини олиш чораларига эътибор қаратиш лозимдир. Беморларни даволаш стандарт шаблонлар асосида эмас индивидуал олиб борилиши, узоқ муддатли кузатув ва реабилитация жараёнларини такомиллаштириш зарур. Шифохонада ва ундан сўнг қон ивиш, метаболик жараёнлар, биокимёвий ҳолати, жигар ферментлари, иммунологик таҳлил ва бошқа кўрсаткичлари назоратга олинishi, инфекциян ўчоқлар санациясига аҳамият бериш зарур. Касалликнинг даволаш жараёнларининг кеч бошланиши кўрлик, остеонекроз каби қайтмас ўзгаришларига сабаб бўлиши мумкин. Умуман олгандатурли торсоҳамутахассислари иштирокида юз-жағ асоратларни ташхислаш, даволаш ва реабилитация жараёнларини такомиллаштириш чора тадбирларини ишлаб чиқиш зарур.

Адабиётлар

1. Боймуратов Ш.А., Қурбанов Ё.Х., Бобамуратова Д.Т. COVID-19 ўтказган беморларда каверноз синус тромбози билан асоратланиши клиник таҳлили // Юз-жағ жарроҳлигида замонавий технологиялар: Конф. материал. тўплами. – Ташкент, 2021. – 43-44 б.
2. Боймуратов Ш.А., Қурбанов Ё.Х., Бобамуратова Д.Т. COVID-19 ўтказган беморларда юқори жағ остеомиелити кечишининг ўзига хослиги // Юз-жағ жарроҳлигида замонавий технологиялар: Конф. материал. тўплами. – Ташкент, 2021. – 45-46 б.
3. Ahmad I., Rathore F.A. Neurological manifestations and complications of COVID-19: a literature review // J. Clin. Neurosci. – 2020.
4. Bobamuratova T.D., Boymuradov Sh.A., Odeh N.D. et al. Impact of COVID-19 disease and its treatment on the development of maxillofacial complications // Adv. Oral Maxillofac. Surg. – 2021. – Vol. 5.
5. Boymuradov Sh.A., Rustamova D.A.,

Bobamuratova D.T. et al. Aspects of Maxillar osteomyelitis in patients WHO had COVID-19 in Uzbekistan // Adv. Oral Maxillofac. Surg. – 2021. – Vol. 4.

6. Boymuradov Sh.A., Rustamova D.A., Bobamuratova D.T. et al. Complications of COVID-19 in the maxillo-facial region: Clinical case and review of the literature // Adv. Oral Maxillofac. Surg. – 2021. – Vol. 3.

7. Dolapsakis C., Kranidioti E., Katsila S. et al. Cavernous sinus thrombosis due to ipsilateral sphenoid sinusitis // Brit. Med. J. Case Rep. – 2019. – Vol. 12.

8. Favia G., Tempesta A., Barile G. et al. COVID-19 Symptomatic Patients with Oral Lesions: Clinical and Histopathological Study on 123 Cases of the University Hospital Policlinic of Bari with a Purpose of a New Classification // J. Clin. Med. – 2021. – Vol. 10. – P. 75-77.

9. Hameed S., Wasay M., Soomro B. et al. Cerebral Venous Thrombosis Associated with COVID-19 Infection: An Observational, Multicenter Study // Cerebrovasc. Dis. Extra. – 2021. – Vol. 11. – P. 55-60.

10. Jose R.J., Manuel A. COVID-19 cytokine storm: the interplay between inflammation and coagulation // Lancet Respir. Med. – 2020. – Vol. 8, №6. – P. e46-e7.

11. Long B., Brady W.J., Koyfman A., Gottlieb M. Cardiovascular complications in COVID-19 // Amer. J. Emerg. Med. – 2020. – Vol. 20. – P. 30277-30271.

12. Moorthy A., Gaikwad R., Krishna S. et al. SARS-CoV-2, Uncontrolled Diabetes and Corticosteroids – An Unholy Trinity in Invasive Fungal Infections of the Maxillofacial Region? A Retrospective, Multi-centric Analysis // J. Maxillofac. Oral Surg. – 2021.

13. Raj A., Kaur N., Kaur N. Cavernous sinus thrombosis with central retinal artery occlusion in COVID-19: A case report and review of literature // Indian J. Ophthalmol. – 2021. – Vol. 69, №5. – P. 1327-1329.

14. Ravani S.A., Agrawal G.A., Leuva P.A. et al. Rise of the phoenix: Mucormycosis in COVID-19 times // Indian J. Ophthalmol. – 2021. – Vol. 69. – 1563-1568.

15. Selvadurai Sh., Jagdeep V. Cavernous Sinus Thrombosis Secondary to Sphenoid Mycetoma following COVID-19 infection // J. Assoc. Physicians. – 2021. – Vol. 75.

16. Shakibajahromi B., Borhani-Haghighi A., Haseli S., Mowla A. Cerebral venous sinus thrombosis might be under-diagnosed in the COVID-19 //

Neurological Sci. – 2020. – Vol. 20.

17. Thompson A., Morgan C., Smith P. et al. Cerebral venous sinus thrombosis associated with COVID-19 // Pract. Neurol. – 2021. – Vol. 21. – P. 75-76.

18. Waizel-Haiat S., Guerrero-Paz J.A., Sanchez-Hurtado L. et al. A case of fatal rhino-orbital Mucormycosis associated with new onset diabetic ketoacidosis and COVID-19 // Cureus. – 2021. – Vol. 13. №2. – P. e13163.

19. Zheng J. SARS-CoV-2: An emerging Coronavirus that causes a global threat // Int. J. Biol. Sci. – 2020. – Vol. 16, №10. – P. 1678-1685.

Цель: анализ клинического течения лицевых и челюстных осложнений у пациентов с коронавирусной болезнью.

Материал и методы: под наблюдением 256 пациентов, находившихся на лечении в многопрофильной клинике ТТА с диагнозом: постковидный синдром, тромбоз кавернозного синуса, остеомиелит верхней челюсти.

Результаты: большинство пациентов имели двустороннюю пневмонию, сахарный диабет 2-го типа и другие сопутствующие заболевания. В полисиндромном течении тромбоза кавернозного синуса преобладали воспаление челюстно-лицевой области и остеонекроз, офтальмологическая, неврологическая патология, воспаление ЛОР-органов. У этих пациентов были подтверждены случаи с нарушениями и летальным исходом, такие как потеря зрения, цереброваскулярные расстройства и воспаление, некроз мягких тканей и костей.

Выводы: на ранних и отдаленных стадиях заболевания COVID-19 необходимо строго контролировать коагулограмму и другие метаболические показатели, учитывать индивидуальные особенности организма, уделять внимание санации очагов инфекции ротовой полости и полости носа.

Ключевые слова: COVID-19, постковидный синдром, челюстно-лицевые осложнения, тромбоз кавернозного синуса.

Maqsad: koronavirus kasalligi bilan og'rigan bemorlarda yuz va jag'ning asoratlari klinik kechishini tahlil qilish.

Material va usullar: TTA multidisipliner klinikasida post-covid sindromi, kavernoöz sinus trombozi, yuqori jag'ning osteomielitlari tashxisi bilan davolangan 256 nafar bemor nazoratida.

Natijalar: Ko'pchilik bemorlarda ikki tomonlama

pnevmoniya, 2-toifa qandli diabet va boshqa kasalliklar mavjud edi. Kavernoöz sinus trombozining polisindromik kursida jag'-fasial mintaqaning yallig'lanishi va osteonekroz, oftalmologik, nevrologik patologiya, LOR a'zolarining yallig'lanishi ustunlik qildi. Ushbu bemorlarda ko'rish qobiliyatini yo'qotish, serebrovaskulyar kasalliklar va yallig'lanish, yumshoq to'qimalar va suyak nekrozi kabi halokatli oqibatlariga olib keladigan holatlar tasdiqlangan.

Xulosa: COVID-19 kasalligining erta va kech bosqichlarida koagulogramma va boshqa metabolik ko'rsatkichlarni qat'iy nazorat qilish, tananing individual xususiyatlarini hisobga olish va infeksiya o'choqlarining sanitariyasiga e'tibor berish kerak. og'iz bo'shlig'i. va burun bo'shlig'i.

Kalit so'zlar: COVID-19, post-COVID sindromi, jag'-fasial asoratlari, kavernoöz sinus trombozi.

Objective: To analyze the clinical course of facial and jaw complications in patients with coronavirus disease.

Material and methods: Under the supervision of 256 patients treated in the TTA multidisciplinary clinic with a diagnosis of post-covid syndrome, cavernous sinus thrombosis, osteomyelitis of the upper jaw.

Results: Most patients had bilateral pneumonia, type 2 diabetes mellitus, and other comorbidities. In the polysyndromic course of cavernous sinus thrombosis, inflammation of the maxillofacial region and osteonecrosis, ophthalmological, neurological pathology, inflammation of the ENT organs prevailed. In these patients, cases with impaired and fatal outcomes such as visual loss, cerebrovascular disorders and inflammation, soft tissue and bone necrosis have been confirmed.

Conclusions: In the early and late stages of the COVID-19 disease, it is necessary to strictly control the coagulogram and other metabolic parameters, take into account the individual characteristics of the body, and pay attention to the sanitation of foci of infection in the oral cavity. and nasal cavity.

Key words: COVID-19, post-COVID syndrome, maxillofacial complications, cavernous sinus thrombosis.

КАСАЛХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯЛИ БЕМОРЛАРДА БУРУН ВА ЁНДОШ БЎШЛИҚЛАРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ



Жуманов Д.А., Бакиева Ш.Х., Жаббаров Н.Н.

Тошкент тиббиёт академияси

Тиббий статистика натижалари бурун, бурун ёндош бўшлиқлари ва бронх-ўпка патологиялари сонининг кўпайганлигини ишончли тарзда кўрсатиб бермоқда [3,6]. Юқори ва пастки нафас йўллари ўртасидаги яқин анатомик ва физиологик алоқалар мавжудлиги сабабли, риносинусит сонининг кўпайиши, ўпка касалликлари [1,4] ва айниқса, касалхонадан ташқари пневмония (КТП) касаллиги сонининг ортишига сабаб бўлмоқда. Ҳатто бутун дунёдаги етакчи мутахассислар биргаликда саъй-ҳаракат қилишларига қарамай ушбу жараёни бузиб бўлмапти [1,2,6,7]. КТП дан ўлим кўрсаткичи бутун дунёда ўлим даражаларига келганда 6-ўринни эгаллайди ва ўлим сони кўпайишда давом этмоқда [2,10].

Юқори нафас йўлларининг патологияси ва бронхиал астма ўртасидаги ўзаро алоқалар бўйича маълумотлар кўп бўлишига қарамай, тиббий адабиётларда КТП ва риносинусит комбинациясининг ўзига хос томонларини ёритиш нисбатан яқин йилларда бошланди [5]. Жуда оз сонли хорижий нашрларда КТП билан оғриган беморларнинг 40%-88%да бурун томондан ҳам шикоятлар бўлиши аниқланди [1,7,8]. Риносинусит ва КТП патогенези асосида “ёпиқ айлана” [1,4,9] деб номланадиган феномен ётиши ҳисобга олинса, бу ҳолат ажабланарлидир. Шундай қилиб, КТП билан оғриган беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиғи шиллиқ қавати яллиғланиш патологиясининг тарқалиши деярли ўрганилмаган,

адабиётларда КТП билан касалланган беморларда бурун ёндош бўшлиқларини рентгенологик скрининг қилиш бўйича маълумотлар умуман мавжуд эмас.

Тадқиқотнинг мақсади

Касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари эрта ташхислаш.

Материал ва усуллар

Белгиланган вазифаларни ҳал этиш учун КТП ташхиси қўйилган 102 нафар бемор танлаб олинди, улар 2018 йилдан 2021 йилгача Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси терапия реанимация ва пульмонология бўлимида стационар даволанган. Барча беморлар Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникаси пульмонология ва ЛОР касалликлари бўлимларида клиник, эндоскопик ва рентгенологик (3D рентген, МСКТ) текширилди.

Тадқиқот натижалари

Беморларнинг ёши 18 ёшдан 61 ёшгача (ўртача $39,1 \pm 1,14$ ёш) бўлиб, эркакларнинг ўртача ёши – $34,1 \pm 2,7$ ёшни, аёллар – $40,1 \pm 2,9$ ёшни ташкил этди. Жинс бўйича тақсимот: аёллар – 61 нафар (59,8%), эркаклар – 41 нафар (40,2%). Беморларнинг жинси ва ёши ҳамда КТП кечишининг оғирлик даражалари бўйича 1-жадвалда кўрсатилган.

1-жадвал

КТП билан касалланган беморларни жинси ва ёшига қараб тақсимлаш

Ёши	Эркаклар	Аёллар	Жами	%
18-30	19	18	37	36,2
31-40	13	15	28	27,4
41-50	7	13	20	19,6
51-61	2	15	17	16,6
Жами	41	61	102	100

Кенг камровли оториноларингологик текширув натижасида КТП билан оғриган беморларда бир қатор ЛОР касалликлари ҳам аниқланди.

ЛОР аъзоларининг ёндош касалликлари орасида сурункали риносинусит (60,8%), тонзиллофарингит (39,2%), бурун тўсиғи қийшайиши (21,5%), вазомотор-аллергик ринит (9,8%) тез-тез учрашини таъкидлаш лозим, бу эса ЮНЙ инфекциялари ва нормал физиологиясининг бузилишини ПНЙ касалликларининг ривожланишига ва касалликнинг кечишига бевосита боғлиқлигини кўрсатади. Беморларнинг ўртача ёшини ҳисобга олган ҳолда, ЛОР аъзолари сурункали касалликларининг кўп учрашини тушинтириш мумкин.

102 та беморнинг барчасида БЁБ компьютер томографияси ва 3D рентгенографияси ўтказилди. БЁБдаги рентгенологик ўзгаришлар: шиллик қават 6 мм дан ортиқ қалинлашганда белгиланди. 32 та (31,4%) беморда рентгенологик ўзгаришлар аниқланди. 2 нафар беморда барча БЁБ пневматизациясининг субтотал ва тотал пасайиши, 1 та беморда ўнг томонлама гемисинусит, 2 та беморда – чап томонлама гемисинусит, 4 та беморда - ўнг томонлама гайморозтмоидит, 6 та беморда – чап томонлама гайморозтмоидит аниқланди, 5 та беморда этмоидосфеноидит, 5 та беморда этмоидит, 7 та беморда сфеноидит учради. Беморларда аниқланган рентгенологик ўзгаришлар 2-жадвалда келтирилган.

2- жадвал

БЁБнинг рентгенологик текшируви натижалари, n=83

		Тотал	Субтотал	Суюклик сатхи	%
Юқори жағ	Ўнг	1	5	1	20,5
	Чап	2	7	1	
Пешона	Ўнг	1	2	-	8,4
	Чап	1	3	-	
Ғалвирсимон	Ўнг	4	9	-	42,1
	Чап	8	14	-	
Понасимон	Ўнг	1	10	-	29,0
	Чап	2	11	-	

Хулоса

Шифохонадан ташқари пневмонияли беморларнинг қарийиб 3/4 қисмида бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари аниқланди. ЛОР аъзолари касалликлари орасидан юқори нафас йўллари сурункали яллиғланиш касалликлари энг кўп фоизни яъни 60,8% ни ташкил этди. Маълумки, КТП ривожланиши патогенезида бурун ва БЁБ лари сурункали яллиғланиш касалликлари хавф омили бўлиб ҳисобланади. БЁБ ларини рентгенологик текширувлари натижасида энг кўп ҳолларда сурункали этмоидит ва сфеноидит (42,1% ва 29,0% мос равишда) касалликлари учради. Бундан шу хулосага келиш мумкинки, бурун ва БЁБ лари сурункали касалликлари, айниқса сурункали этмоидит ва сфеноидит касалликларини ўз вақтида аниқлаш ва самарали даволаш тадбирларини ўтказиш касалхонадан ташқари пневмония касаллигининг ривожланиш хавфини камайтиради. Бу эса ўз навбатида бутун жаҳонда беморларнинг асосий ўлим кўрсаткичи юқори бўлган касаллик яъни касалхонадан ташқари пневмониянинг камайишига ва соғлиқни сақлаш тизимининг ушбу касалликни даволашга сарфланадиган харажатларнинг кескин

камайишига олиб келади.

Адабиётлар

1. Дженжера Г.Е. Современное комплексное обследование и лечение больных с сочетанной патологией верхних дыхательных путей и хронической обструктивной болезнью легких: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2011.
2. Дунаевский А.М., Кириченко И.М. Пути оптимизации терапии инфекционно-воспалительных заболеваний респираторной системы // Поликлиника. – 2014. – Т. 2. – С. 63-66.
3. Крюков А.И., Царапин Г.Ю., Романенко С.Г. и др. Распространенность и структура заболеваний носа и околоносовых пазух среди взрослого населения мегаполис // Рос. риол. – 2017. – №1. – С. 3-6.
4. Овчинников А.Ю., Овчаренко С.И., Гуменюк В.А.. Повышение эффективности лечения больных с обострением хронической обструктивной болезни легких и бактериального риносинусита // М. -2012.- С.277-288.
5. Чучалин А.Г. и др. Решение экспертного совещания "Новые возможности лечения внебольничной пневмонии и бактериального синусита" // Пульмонология. – 2020. – №1. – С.

117-120.

6. Чучалин А.Г. Пневмония: актуальная проблема медицины XXI века // Пульмонология. – 2015. – Т. 25, №2. – С. 133-142.

7. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012 // Rhinol. Suppl. 2012. – Vol. 23. – P. 1-298.

8. McQuitty R., Bui R., Chaaban M. R. Retrospective study: association of chronic sphenoid rhinosinusitis with community acquired pneumonia // Amer. J. Rhinol. Allergy. – 2019. – Vol. 33, №6. – P. 751-756.

9. Meena R.S. et al. Chronic rhino-sinusitis and asthma: concept of unified airway disease (UAD) and its impact in otolaryngology // Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2013. – Vol. 65, №2. – P. 338-342.

10. Rivero-Calle I. et al. Lifestyle and comorbid conditions as risk factors for community-acquired pneumonia in outpatient adults (NEUMO-ES-RISK project) // Brit. Med. J. – 2019. – Vol. 6, №1. – P. e000359.

Maqsad: pnevmoniya bilan og'rig'an bemorlarda burun va burun bo'shlig'i kasalliklarini erta tashxislash.

Material va usullar: KTP tashxisi qo'yilgan 102 bemor kuzatuv ostida edi. Toshkent tibbiyot akademiyasi ko'p tarmoqli klinikasining reanimatsiya bo'limida davolangan. Barcha bemorlar TMA ko'p tarmoqli klinikasining pulmonologiya va KBB kasalliklari bo'limlarida klinik, endoskopik va rentgenologik tekshiruvdan (3D rentgen, MSCT) o'tkazildi.

Natijalar: jamoa va pnevmoniya bilan og'rig'an bemorlarning taxminan 3/4 qismida burun va qo'shni bo'shliqlar kasalliklari aniqlangan. Tekshirilganlarning 60,8 foizida yuqori nafas yo'llarining surunkali yallig'lanish kasalliklari aniqlangan.

Xulosa: burun va IBDning surunkali kasalliklarini, xususan, surunkali etmoidit va sfenoiditni o'z vaqtida aniqlash va samarali davolash, kasalxonali pnevmoniya rivojlanish xavfini kamaytiradi, bu o'lim darajasi yuqori bo'lgan pnevmoniya kasalligini kamaytiradi. va bu kasallikni davolash uchun sog'liqni saqlash xarajatlarini keskin kamaytirish.

Kalit so'zlar: yuqori va pastki nafas yo'llari, surunkali rinosinusit, jamoaviy pnevmoniya, otorinolaringologik va rentgenologik tekshiruvlar.

Цель: ранняя диагностика заболеваний носа и носовых полостей у больных внебольничной пневмонией.

Материал и методы: под наблюдением находились 102 пациента с диагнозом ХТП,

которые в 2018-2021 гг. лечились в отделении реанимации многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии. Все пациенты прошли клиническое, эндоскопическое и рентгенологическое обследование (3D-рентген, МСКТ) в отделениях пульмонологии и ЛОР-болезней многопрофильной клиники ТМА.

Результаты: заболевания носа и прилегающих полостей выявлены примерно у 3/4 пациентов с внебольничной пневмонией. Хронические воспалительные заболевания верхних дыхательных путей встречались у 60,8% обследованных.

Выводы: своевременное выявление и эффективное лечение хронических заболеваний носа и ВЗК, особенно хронических этмоидитов и сфеноидитов, снижает риск развития внутрибольничной пневмонии, что приведет к сокращению внебольничной пневмонии, заболевания с высоким уровнем смертности, и резкому сокращению расходов системы здравоохранения на лечение этого заболевания.

Ключевые слова: верхние и нижние дыхательные пути, хронический риносинусит, внебольничная пневмония, оториноларингологические и рентгенологические исследования.

Objective: Early diagnosis of diseases of the nose and nasal cavities in patients with community-acquired pneumonia.

Material and methods: 102 patients with a diagnosis of CTP were under observation. Were treated in the intensive care unit of the multidisciplinary clinic of the Tashkent Medical Academy. All patients underwent clinical, endoscopic and X-ray examination (3D X-ray, MSCT) in the departments of pulmonology and ENT diseases of the TMA multidisciplinary clinic.

Results: Diseases of the nose and adjacent cavities were detected in approximately 3/4 of patients with community-acquired pneumonia. Chronic inflammatory diseases of the upper respiratory tract were found in 60.8% of those examined.

Conclusions: Timely detection and effective treatment of chronic diseases of the nose and IBD, especially chronic ethmoiditis and sphenoiditis, reduces the risk of developing nosocomial pneumonia, which will lead to a reduction in community-acquired pneumonia, a disease with a high mortality rate, and a sharp reduction in health care costs for the treatment of this disease.

Key words: upper and lower respiratory tract, chronic rhinosinusitis, community-acquired pneumonia, otorhinolaryngological and radiological examinations.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦИФИЧЕСКИХ АЛЛЕРГЕНОВ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ



Абдуллаев Н.Ч., Абдуллаева М.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В последние пятнадцать лет распространенность аллергического ринита и бронхиальной астмы увеличилась практически вдвое. И астма, и аллергический ринит оказывают существенное влияние на физическое состояние человека: на его сон, работоспособность и, таким образом, на социальную жизнь. В современном понимании аллергия представляет собою антиген/аллерген-специфическую повышенную чувствительность (гиперчувствительность) организма, в основе которой лежит иммунологически опосредуемая реакция воспаления [2,8].

Прежде чем говорить о взаимосвязи аллергического ринита и бронхиальной астмы, надо разобраться в том, что есть что. Нередко у детей раннего и школьного возраста отмечается сочетанные аллергические заболевания органов дыхания. В последние годы были получены убедительные доказательства тесной связи бронхиальной астмы и аллергического ринита. Этой актуальной проблеме посвящен документ ВОЗ, основанный на принципах доказательной медицины «Allergic rhinitis and its impact on asthma» (ARIA), опубликованный в 2001 г. (Bosquet J. et al., 2001). Организм, его ткани, органы и клетки, способные отвечать реакцией гиперчувствительности на данный антиген (аллерген), принято называть сенсibilизированными, т.е. имеющими подготовленную гиперчувствительность к антигену/аллергену. Такая антиген/аллерген-специфическая подготовленность обеспечивается образованием определенных антител или специфически реагирующих лимфоцитов.

Серьезной проблемой является изменчивость аллергенных свойств. Большинство регистрируемых у детей атопических фенотипов

формируется под воздействием средовых и генетических факторов [5]. Заболеваемость детского населения аллергией находится в широких пределах. Однако нет точных и научно обоснованных сведений о региональных особенностях распространения аллергии среди детей, проживающих в условиях жаркого климата. Между тем эта проблема имеет большое научно-практическое значение и для практического здравоохранения.

Цель исследования

Выявление клинико-иммунологических особенностей характеристики специфических причинно-значимых аллергенов у детей с бронхиальной астмой в сочетании с аллергическим ринитом.

Материал и методы

Исследования были проведены на базе ГК ДБ №1 г. Ташкента в 2017-2020 гг. Были обследованы 99 детей в возрасте 3-9 лет, находившиеся на лечении в отделении аллергологии и ОРИТ Городской детской клинической больницы №1 г. Ташкента. В процессе работы проведен ретроспективный анализ данных из истории болезни. У 53 детей БА сочеталась с АР, у 46 детей имела место изолированная БА. Обследованным детям проводили анамнестический и клинический анализ. Для сбора клинических данных и анамнеза использовали индивидуальную карту ребенка (ф. 112/у) и истории болезни детей с лекарственной аллергией, находившихся на стационарном лечении в ГДКБ №1 Юнусабадского района г. Ташкента. Лабораторно-инструментальные методы исследования включали общий анализ крови и мочи, биохимический анализ, аллергологический метод (кожные скарификационные тесты со стандартным набором

аллергенов), УЗИ сердца, печени и почек, ЭКГ. 23 практически здоровых ребенка сопоставимого возраста составили контрольную группу.

При обработке анамнестических данных о заболеваемости детей перечень классов и наименование болезней был составлен согласно «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» 10-го пересмотра (МКБ-10) 2000 г. Среди больных детей было 50 мальчиков и 49 девочек, в контрольной группе – 12 мальчиков и 11 девочек. Аллергологическое обследование включало определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом с помощью набора ООО «Хеми-Медика» (Москва, РФ). Статистическая обработка полученных данных проведена методом вариационной статистики по Фишеру – Стьюденту.

Результаты и обсуждение

Клинические формы проявления аллергических заболеваний были разнообразными. Аллергические риниты клинически характеризовались появлением сильного зуда и жжением в носу, носоглотке, горле, обильным выделением из носа липкой водянистой слизи. Больные жаловались на приступообразное чихание, затрудненное дыхание через нос, ощущения инородного тела в глазах, плохой сон. Больные дети были беспокойны, раздражительны, плаксивы. При риноскопии слизистая оболочка носа бледно-серая с голубоватым оттенком. Нередко на слизистой оболочке носа наблюдались белые пятна или пятна Воячека, характерные для аллергических ринитов. В клинической картине аллергического бронхита преобладали симптомы приступообразного кашля. У большинства больных детей перед появлением кашля отмечались симптомы-предвестники: общее беспокойство, зуд в носу, заложенность носа, выделения из носа, что указывало на частое сочетание бронхита с рино-синуситами.

Клиническая картина бронхиальной астмы зависела от периодов развития болезни. В предприступном периоде у больных наблюдались выделения из носа, чихание, зуд в глазах, носу, кашель, общее беспокойство, раздражительность, плохой сон. В приступном периоде больные жаловались на типичные приступы удушья, экспираторную одышку и шумное свистящее дыхание, особенно в ночное время. В легких выслушивались и сухие, и влажные разнокалиберные хрипы. В межприступный период состояние больных детей было относительно удовлетворительным, физикальные явления в

период ремиссии, как правило, отсутствовали. Однако при спирометрии и пикфлоуметрии выявляли снижение показателей функции внешнего дыхания. Эозинофилия в крови сохранялась. Так как наблюдались классические приступы бронхиальной астмы, рентгенографическое исследование было проведено не у всех больных. При рентгенографии отмечалась повышенная воздушность легочной ткани, а также усиление сосудистого рисунка.

Важнейшим критерием аллергии, особенно атопических форм, является наследственное предрасположение. По нашим данным, аллергическая наследственная отягощенность отмечалась у 78 (78,8%) больных детей, причем по отцовской линии – у 48 (48,5%), материнской – у 39 (39,4%), по обеим линиям у 10 (10,1%). Легкая форма аллергического ринита составляет у 19 (19,2%), среднетяжелая форма – 28 (28,3%), тяжелая форма – 50 (51,5%).

Мальчики почти в 2,0 раза чаще страдали БА, чем девочки. По нашим данным, легкая форма встречалась в 21,7%, среднетяжелая степень – 34,8%, тяжелая степень – 43,5%. Для уточнения причинно-значимых аллергенов у детей, страдающих экзогенной и эндогенной аллергией, была проведена комбинация из 20 аллергенов в одной мембране, которая определяет наличие IgE у пациентов. В состав первой панели входит ингаляционный, эпидермальный и грибковые аллергены.

Как показали результаты специфического исследования аллергическая реакция на D1 клещ *Derm. Pteronyssionus* выявлена у 23 (36%), на T2 – пыльцу ольхи у 24 (38,8%), на пыльцу T3 – березы у 26 (44,4%), на пыльцу T4 – лещины у 22 (33,3%), на пыльцу T7 – дуба у 25 (41%), на пыльцу Gx – смеси трав у 32 (49%), на пыльцу G12 – ржи у 21 (30,5%), на пыльцу полыни – W16 у 16 (24%), на пыльцу W9 – подорожника у 22 (33,3%), на E1 – эпителий и шерсть кошки у 23 (36%), на E3 – эпителий и шерсть лошади у 21 (30,6%), на E5 – эпителий и шерсть собаки у 24 (38,8%), на E6 – морскую свинку у 14 (11,1%), на E84 – хомяка у 19 (27,7%), на E82 – кролика у 11 (16,7%), на M1 – грибок *Penicilium notatum* у 27 (47,2%), на M2 – грибок-белок у 27 (47,2%), на M3 – грибок *Aspergillus fumigates* у 46 (72,2%), на M6 – грибок *Altrnaria Alternata* у 59 (80,5%).



Рисунок. Распределения данных панелей на чувствительность аллергенов.

Изменения иммунной системы у детей, страдающих аллергическим ринитом и бронхиальной астмой, характеризуются большей выраженностью нарушений клеточного, гуморального иммунитета и неспецифической резистентности, связанных с уменьшением фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов, содержания средне- и высокоаффинных Т-лимфоцитов, повышением уровней циркулирующих иммунных комплексов и общего IgE в периферической крови.

Таким образом, для современного врача принципиально важным является знание поэтапного алгоритма диагностики аллергии у детей, опирающийся на использование пошагового выявления причинно значимого фактора аллергических реакций для разработки алгоритма диагностики, соответствующий потребностям детского населения, обеспечивающий индивидуальный подход к пациенту. Аллергический ринит служит независимым фактором риска развития бронхиальной астмы. Если у ребёнка есть аллергический ринит, то шанс заболеть бронхиальной астмой увеличивается в 3 раза. Таким образом, очевидно, что наличие аллергического ринита не только увеличивает риск развития астмы, но и усугубляет ее течение. Тесную взаимосвязь астмы и аллергического ринита подтверждают и данные статистики. Так, распространенность аллергического ринита у больных астмой достигает 59-73%, а 30-40% лиц, страдающих аллергическим ринитом, болеют и бронхиальной астмой.

Литература

1. Annes-Maesano I., Beyer A., Marmouz F. et al. Concurrent allergic diseases, a cross-sectional study in a French population // *Allergy*. – 2016. – Vol. 61. – P. 390-391.
2. Bachert C., Vignola A.M., Gevaert P. et al. Allergic rhinitis, rhinosinusitis, and asthma: one airway disease // *Immun. Allergy Clin. North Amer.* – 2004. – Vol. 24. – P. 19-45.
3. Kapoor R., Chandrakala M., Hoffstad O. et al. The prevalence of atopic triad in children with physician-confirmed atopic dermatitis // *J. Amer. Acad. Dermatol.* – 2018. – Vol. 58. – P. 68-73.
4. Nowak M., May R.M. Complications of allergic rhinitis // *Allergy and Asthma*. – Oxford University Press, 2000. – 238 p.
5. Leynaert B., Neukirch C., Kony S. et al. Association between asthma and rhinitis according to atopic sensitization in a population-based study // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2004. – Vol. 113. – P. 86-93.
6. Oranje A.P., Wolkerstorfer A., de Waard-van der Spek F.B. Natural course allergy in childhood atopic eczema/dermatitis syndrome // *Ann. Allergy Asthma Immunol.* – 2002. – Vol. 89. – P. 51-55.
7. Pullerits T., Linden A., Malmhall C., Lotvall J. Effect of seasonal allergen exposure on mucosal IL-16 and CD4+ cells in patients with allergic rhinitis // *Allergy*. – 2001. – Vol. 56. – P. 876-878.
8. Rimmer J., Ruhno J.W. Rhinitis and asthma: united airway disease // *Med. J. Aust.* – 2006. – Vol. 185. – P. 565-671.
9. Wandalsen N.F., De Mingo R.A., Sole D., Naspitz C.K. Bronchial hyperresponsiveness in

atopic children and in their families // Allergy Clin. Immunol. – 2000. – Vol. 106, №1 (Pt. 1). – P. 316-318.

Цель: выявление клинико-иммунологических особенностей характеристики специфических причинно-значимых аллергенов у детей с бронхиальной астмой в сочетании с аллергическим ринитом.

Материал и методы: исследования проводились на базе ГК ДБ №1 г. Ташкента в 2017-2020 гг. Были обследованы 99 детей в возрасте 3-9 лет, находившиеся на лечении в отделении аллергологии и ОРИТ Городской детской клинической больницы №1 г. Ташкента.

В процессе работы проведен ретроспективный анализ данных из истории болезни.

Результаты: изменения иммунной системы у детей, страдающих аллергическим ринитом и бронхиальной астмой, характеризуются большей выраженностью нарушений клеточного, гуморального иммунитета и неспецифической резистентности, связанных с уменьшением фагоцитарной активности нейтрофильных лейкоцитов, содержания средне- и высокоаффинных Т-лимфоцитов, повышением уровней циркулирующих иммунных комплексов и общего IgE в периферической крови.

Выводы: аллергический ринит служит независимым фактором риска развития бронхиальной астмы. Если у ребёнка есть аллергический ринит, то шанс заболеть бронхиальной астмой увеличивается в 3 раза.

Ключевые слова: дети, специфические аллергены, бронхиальная астма, аллергический ринит.

Maqsad: bronxial astma bilan og'rigan bolalarda allergik rinit bilan birgalikda o'ziga xos sababchi allergenlarning xususiyatlarining klinik va immunologik xususiyatlarini aniqlash.

Material va usullar: tadqiqot 2017-2020 yillarda Toshkent shahar 1-sonli MB Fuqarolik kodeksi asosida olib borildi. Toshkent shahridagi 1-son shahar bolalar klinik shifoxonasining allergologiya va reanimatsiya bo'limida davolanayotgan 3-9 yoshli 99 nafar bola tibbiy ko'rikdan o'tkazildi. Ish jarayonida kasallik tarixidan olingan ma'lumotlarning retrospektiv tahlili o'tkazildi.

Natijalar: allergik rinit va bronxial astma bilan

og'rigan bolalarda immunitet tizimidagi o'zgarishlar neyтроfil leykotsitlarning fagotsitik faolligi, o'rta va leykotsitlar tarkibining pasayishi bilan bog'liq hujayrali, gumoral immunitet va nospesifik qarshilik buzilishlarining ko'proq zo'ravonligi bilan tavsiflanadi. yuqori afiniteli T-limfotsitlar, periferik qonda aylanma immun komplekslari va umumiy IgE darajasining oshishi.

Xulosa: allergik rinit bronxial astma rivojlanishi uchun mustaqil xavf omilidir. Agar bolada allergik rinit bo'lsa, u holda bronxial astma bilan kasallanish ehtimoli 3 barobar ortadi.

Kalit so'zlar: bolalar, o'ziga xos allergenlar, bronxial astma, allergik rinit.

Objective: To identify the clinical and immunological features of the characteristics of specific causal allergens in children with bronchial asthma in combination with allergic rhinitis.

Material and methods: The research was carried out on the basis of the Civil Code of the DB No. 1 of the city of Tashkent in 2017-2020. Were examined 99 children aged 3-9 years, who were treated in the department of allergology and ICU of the City Children's Clinical Hospital №1 in Tashkent. In the process of work, a retrospective analysis of data from the medical history was carried out.

Results: Changes in the immune system in children with allergic rhinitis and bronchial asthma are characterized by a greater severity of cellular, humoral immunity and nonspecific resistance disorders associated with a decrease in the phagocytic activity of neutrophilic leukocytes, the content of medium- and high-affinity T-lymphocytes, an increase in the levels of circulating immune complexes and total IgE in peripheral blood.

Conclusions: Allergic rhinitis is an independent risk factor for the development of bronchial asthma. If a child has allergic rhinitis, then the chance of getting bronchial asthma increases by 3 times.

Key words: children, specific allergens, bronchial asthma, allergic rhinitis.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал принимает к публикации оригинальные сообщения по актуальным вопросам медицинской науки и здравоохранения, содержащие новые существенные научные результаты, имеющие приоритетный характер.

Памятка автора**Правила оформления рукописей:**

I. Статья представляется в 2 экземплярах на русском языке с сопроводительным письмом, экспертным заключением и рефератами (10-15 строк) на русском и английском языках (аннотация). Статья должна иметь визу вышестоящего лица на право опубликования, заверенную круглой печатью, и сопроводительное письмо за подписью вышестоящего лица. Если статья выполнена в двух и более учреждениях, она должна иметь направления из каждого. Если один из авторов является директором НИИ, ректором учебного заведения или главным врачом лечебного учреждения, необходимо направление Минздрава.

Акт экспертизы должен быть заверен печатью. Рядом с подписями обязательно указываются фамилии.

II. Статья должна быть набрана на компьютере и представлена с дискетой (шрифт 14, расстояние между строками 1,5). Поля сверху, снизу и слева - 20 мм, справа - 10 мм.

Представленные на дискетах статьи должны быть набраны на компьютере в программе **Microsoft Word for Windows 95/98**.

III. На титульной странице указываются:

- полное название статьи;
- ключевые слова;
- ученая степень, научное звание, инициалы и фамилии авторов;
- название учреждения, в котором выполнена работа;
- телефоны автора, с которым следует вести редакционную работу.

Статья обязательно должна иметь визу руководителя работы на право ее опубликования. В конце статьи ставятся подписи всех авторов.

IV. Структура статьи. Статья должна содержать следующие разделы:

- вводная часть;
- материалы и методы;
- результаты;
- обсуждение;
- выводы;
- литература.

Каждый раздел статьи (кроме вводной) следует выделить.

Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Изложение должно быть ясным, сжатым, без длинных введений, повторений и дублирования в тексте таблиц и рисунков.

Слова, которые, по мнению автора, должны быть выделены, подчеркиваются в тексте. Специальные буквенные шрифты и символы (например, буквы греческого алфавита), а также ссылки на рисунки и таблицы выносятся на левое поле при первом упоминании.

Единицы измерения должны быть выражены в единицах Международной системы (СИ). При необходимости в скобках после единиц измерения СИ может быть указана размерность в других системах.

V. Оформление иллюстраций. Рисунки должны быть выполнены черной тушью, фотографии, эхограммы, доплерограммы, рентгенограммы - контрастны. На обороте каждой иллюстрации карандашом указывается верх и низ, номер рисунка, фамилия первого автора и название статьи. Иллюстрации должны быть пронумерованы согласно порядку их следования в тексте.

Подписи к рисункам печатаются на отдельной странице с указанием номера рисунка. В подписях к микрофотографиям указывается метод окраски, увеличение окуляра и объектива.

VI. Оформление таблиц. Каждая таблица печатается на отдельной странице через 2 интервала. Все таблицы должны иметь название и при необходимости - подстрочные примечания. Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы исследования.

VII. Оформление формул. В формулах необходимо размечать:

- строчные и прописные буквы (прописные обозначаются двумя черточками снизу, а строчные - двумя черточками сверху);
- латинские и греческие буквы (латинские обводятся синим цветом, греческие - красным);
- подстрочные и надстрочные буквы и цифры.

VIII. Оформление литературы. В библиографию вносятся работы всех упомянутых авторов (но не более 10 работ, опубликованных только за последние 10 лет). Список литературы составляется в соответствии с библиографическими правилами и помещается в конце статьи. Библиография составляется строго в алфавитном порядке по фамилии первого автора и в хронологическом, если приводится несколько публикаций одного и того же автора.

В списке обязательно должны быть приведены: по книгам - фамилия автора и его инициалы, полное название книги, место и год издания; по журналам, сборникам, научным трудам - фамилия автора и его инициалы, название журнала, сборника, научного труда, год, номер, страницы - от и до. В список не включаются неопубликованные работы, диссертационные работы и авторефераты к ним, учебники.

Проверенный список литературы должен быть подписан автором. Невыверенный список литературы к публикации не допускается.

В тексте ссылки на библиографические указатели обозначаются цифрами согласно списку использованной литературы.

IX. Статьи, оформленные без соблюдения данных правил, редакцией не принимаются.

X. Редакционная коллегия вправе отклонить публикацию материалов (в том числе и получивших положительную рецензию).

