ISSN 2091-5845

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
№ 2, 2021 (83)

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)

ТАҲРИРИЯТ 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**
Муҳаррир: **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.
Аманулаев 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.
Иноятов А.Ш. (Бухоро), т.ф.д., проф.
Ирсалиев Х.И., т.ф.д., проф.
Колбаев А.А. (Кирғизистон), т.ф.д., проф.
Комилов Х.П., т.ф.д, проф.
Мазур И.П. (Украина), т.ф.д., проф.
Максимовская Л.Н. (Россия), т.ф.д., проф.
Максудов С.Н., т.ф.д., проф.
Маргвелашвили В.В. (Грузия) т.ф.д., проф.
Мухамедов И.М., т.ф.д., проф.
Ризаев Ж.О., т.ф.д., проф.
Токаревич И.В. (Белоруссия), т.ф.д, проф.
Трунин В.А. (Россия), т.ф.д., проф.
Хабилов Н.Л., т.ф.д., проф.
Хасанов А.И., т.ф.д.
Юлдошев И.М. (Кирғизистон), 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)
Узакберганова 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.

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Даминова Ш.Б., Маткулиева С.Р., Назирова С.Х., Раззакова Н.Б. Нарушения биологии полости рта у детей больных гепатитом «С»……47

Жураева Н.И. Обоснование клинической эффективности применения препарата для глубокого фторирования "Denta-Fluo" у детей в сменном прикусе……49

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Ирсалиев Х.И., Ирсалиева Ф.Х, Валиева Ф.А. Структурная организация твердых тканей интактных зубов……52

Ризаев Ж.А., Ахророва М.Ш. Особенности поражением полости рта при инфекции SARS-COV-2……59

Худанов Б.О., Гулямов Д.Т., Абдурахимова Ф.А., Даминова Ш.Б., Тураев К.И., Туйгунов Н.Н. Современные возможности световой флюоросценции для диагностики и профилактики кариеса зубов (обзор литературы)……..64

Камилов Х.П., Кадырбаева А.А., Бахрамова Ф.Н., Мирзаев Х.Ш. Клиническая картина, диагностика и лечение хронического рецидивирующего афтозного стоматита……..68

Зиядуллаева Н.С., Хожимуродова Н.А., Мухитдинова Ф.Г. Ортопедик стоматология клиникасида тиш рангини аниқлашнинг техник жихатлари……72

Абдурахманов М.М., Шадиева Ш.Ш. Роль хеликобактерной инфекции в развитии функциональной диспепсии и воспалительных заболеваний пародонта……...76

Шадиева Ш.Ш., Гиязова М.М. Сочетанная патология: заболевания пародонта и гастродуоденальной зоны……...80

Муртазаев С.С., Махмудова Д.Р. Современные методы лечения острых травм зубов у детей……...83

Кадырбаева А.А., Шакирова Ф.А., Гофуров А.А., Саидова Н. Герпетический стоматит. Клиника. Диагностика……87

Акбаров А.Н., Закирова Х.Х. Влияние ингаляционных гормональных средств на состояние ротовой полости у больных бронхиальной астмой….91

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Азимов М.И., Азимов А.М., Шомуродов К.Э., Мирхусанова Р.С., Сайдалиев Н.С., Матназаров А.Б., Мухторов З.К. Ошибки в диагностике и лечении острых воспалительных заболеваний периапикальных тканей и их последствия……94

Боймурадов Ш.А., Каримбердиев Б.И., Бакиева Ш.Х. Қўшма жароҳатлар орасида краниофациал жароҳатларнинг учраш частотаси……99

ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Курьязова З.Х., Янгиева Н.Р., Джамалова Ш.А., Хикматов М.Н. Синдром Мейер-Швиккерата-Грютерихса-Вейерса……101

Тастанова Г.Е., Ходжанов Ш.К., Абдусаматова И.И. Показатели физического развития детей младшего школьного возраста с патологией аденотонзиллярной системы……...……104

Убайдуллаев Х.А., Гафур-Ахунов М.А., Гаффоров С.А., Алимов У.Х. Психосоциальное восстановление при комплексной реабилитации больных с челюстно-лицевыми патологиями……108

PEDIATRIC DENTISTRY

Daminova Sh.B., Matkulieva S.R., Nazirova S.Kh., Razzakova N.B. Oral biology disorders in children with hepatitis C……..…47

Zhuraeva N.I. Substantiation of the clinical efficacy of the drug for deep fluoridation Denta-Fluo in children with mixed dentition……..49

REVIEWS

Irsaliev Kh.I., Irsalieva F.Kh., Valieva F.A. Structural organization of hard tissues of intact teeth…52

Rizaev Zh.A., Akhrorova M.Sh. Features of oral cavity lesions in SARS-COV-2 infection……..59

Khudanov B.O., Gulyamov D.T., Abdurakhimova F.A., Daminova Sh.B., Turaev K.I., Tuigunov N.N. Modern possibilities of light fluorescence for the diagnosis and prevention of dental caries……..64

Kamilov Kh.P., Kadyrbaeva A.A., Bakhramova F.N., Mirzaev Kh.Sh. Clinical presentation, diagnosis and treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis……68

Ziyadullaeva N.S., Khozhimurodova N.A., Mukhitdinova F.G. Technical aspects of tooth color detection in orthopedic dental clinic……..…72

Abdurakhmanov M.M., Shadieva Sh.Sh. The role of H. pylori infection in the development of functional dyspepsia and inflammatory periodontal diseases…….76

Shadieva Sh.Sh., Giyazova M.M. Combined pathology: periodontal and gastroduodenal diseases….80

Murtazaev S.S., Makhmudova D.R. Modern methods of treating acute dental injuries in children….83

Kadyrbaeva A.A., Shakirova F.A., Gofurov A.A., Saidova N. Herpetic stomatitis. Clinic, diagnostics…87

Akbarov A.N., Zakirova X.X. Influence of inhalation corticosteroids on the state of the oral cavity in patients with bronchial asthma……91

AID FOR PRACTICING DOCTORS

Azimov M.I., Azimov A.M., Shomurodov K.E., Mirkhusanova R.S., Saidaliev N.S., Matnazarov A.B., Mukhtorov Z.K. Errors in the diagnosis and treatment of acute inflammatory diseases of the periapical tissues and their consequences……..94

Boimuradov Sh.A., Karimberdiev B.I., Bakieva Sh.Kh. Frequency of Cranifacial Injuries Among Combined Injuries……99

THE PROBLEMS OF RELATED SPECIALITIES

Kuryazova Z.Kh., Yangieva N.R., Dzhamalova Sh.A., Khikmatov M.N. Meyer-Schwickerath – Grüterichs – Weyers syndrome……...101

Tastanova G.E., Khodzhanov Sh.K., Abdusamatova I.I. Indicators of physical development of primary school children with pathology of the adenotonsillar system……..104

Ubaidullaev Kh.A., Gafur-Akhunov M.A., Gafforov S.A. Psychosocial recovery in complex rehabilitation of patients with maxillofacial pathology……..108

https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-59
УДК: 615.234;616.248;611.311;615.357

ВЛИЯНИЕ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГОРМОНАЛЬНЫХ СРЕДСТВ НА СОСТОЯНИЕ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Акбаров А.Н., Закирова Х.Х.
Ташкентский государственный стоматологический институт

Одной из актуальных проблем современной медицины является изучение этиологии, патогенеза, вопросов повышения эффективности лечения и профилактики самых распространенных стоматологических заболеваний у больных на фоне хронической общесоматической патологии [12].

Взаимосвязь между общесоматическими заболеваниями и состоянием ротовой полости осуществляется посредством различных видов гомеостаза (метаболического, иммунологического и др.), нарушения которых приводят к различным заболеваниям как всего организма, так и полости рта [7].

Полость рта – это экологическая система, в которой внешние факторы взаимодействуют с внутренними (пародонт; бактериальное сообщество, местная иммунная система, эпителий слизистой оболочки полости рта (СОПР), ротовая жидкость и др.). Все составляющие компоненты полости рта являются начальным звеном пищеварительного тракта и находятся в динамическом равновесии [3].

По данным ВОЗ, в 2017 г. от астмы в мире страдали около 235 млн человек. По прогнозам, к 2025 г. эта цифра увеличится до 400 млн. Возможной причиной такой тенденции принято считать урбанизацию.

Астма является серьезной проблемой глобального здравоохранения, заболевание затрагивает лиц всех возрастных групп с глобальной распространенностью у взрослых в диапазоне от 1 до 21% [16,18].

Рост заболеваемости бронхиальной астмой (БА) отмечается и в районах и городах Ташкентской области. Так, заболеваемость в 2012 г. (на 10 тыс. населения 11,03) по сравнению с 2005 г. (0,06) увеличилась в 1,3 раза. Чаще бронхиальной астмой страдают женщины, соотношение женщин и мужчин составляет 54,2:45,8, а также лица трудоспособного возраста. В районах Янгийул, Оккургон, Чиноз, Паркент, Зангиота, Бустонлик показатель заболеваемости намного выше, чем в других районах области [14].

БА представляет собой гетерогенное заболевание, которое, как правило, характеризуется наличием хронического воспаления дыхательных путей. Она определяется по наличию в анамнезе симптомов со стороны органов дыхания, таких как свистящие хрипы, одышка, чувство заложенности в груди и кашель, выраженность которых изменяется со временем, а также вариабельного ограничения скорости воздушного потока на выдохе [1,11,15].

К факторам, приводящим к возникновению и развитию БА, относят атопию (поллинозы, аллергический ринит, крапивница) [13]. Больным, страдающим БА, независимо от степени тяжести заболевания, необходимы препараты, контролирующие количество обострений данной патологии, а именно медикаментозные средства, которые принимаются ежедневно и помогают достичь и сохранить лечебный эффект. Эти лекарственные средства называются по-разному: превентивные или поддерживающие, профилактические; сюда включаются также бронхолитики длительного действия, противовоспалительные средства.

Наиболее эффективными препаратами для контроля БА, применяемыми в виде монотерапии, на сегодняшний день являются ингаляционные гормональные препараты (ИГКС) (GINA, 2011). Именно они эффективно снижают выраженность симптомов БА, уменьшают бронхиальную гиперреактивность, угнетают воспаление в дыхательных путях (Jeffery P.K., 1992), уменьшают количество и тяжесть обострений (Pauwels R.A. et al., 1997), снижают показатели смертности при БА

(Suissa S. et al., 2000), улучшают функцию легких и качество жизни [4,10,12,17].

Местные осложнения, вызываемые ИГКС, включают дисфонию и кашель из-за раздражения верхних дыхательных путей, а также орофарингеальный кандидоз (GINA, 2011).

При воспалительных заболеваниях пародонта и бронхиальной астме, скорее всего, имеет место единый иммуновоспалительный характер возникновения, затрагивающий как полость рта, так и дыхательные пути. Существенное влияние оказывает снижение у больных бронхиальной астмой барьерных свойств слизистой ротовой полости, что создает неблагоприятные условия для твердых тканей зуба и пародонта, усиливая воздействие микрофлоры и других патогенных факторов. Имеются сведения о наличии у больных бронхиальной астмой нарушений в системе иммунитета, предрасполагающих к возникновению заболеваний пародонта воспалительного характера. Этой проблемой занимались ряд ученых [7].

Наличие хронического воспаления дыхательных путей, аллергических заболеваний ведет к ослаблению макроорганизма, появлению дисбактериоза (затем и кандидоза), а также снижению местного иммунитета в полости рта [4,5].

Бронхиальная астма оказывает выраженное влияние на состояние твердых тканей зубов, слизистой оболочки полости рта и ткани пародонта. Так, КПУ более 20 отмечается у 92,9% больных бронхиальной астмой, некариозные поражения зубов выявляются у 72,3% обследованных, воспалительные заболевания пародонта имеются у 100% пациентов с БА, отечность языка встречается в 30% случаев, петехии слизистой полости рта – в 70%, сухость губ – в 55%.

Наибольшие нарушения в полости рта при бронхиальной астме затрагивают ткани пародонта. Выявлено, что степень хронического генерализованного пародонтита тесно связана с тяжестью бронхиальной астмы, возрастом, когда она была впервые диагностирована, и длительностью течения. Дефицит и дисбаланс изученных макро- и микроэлементов в различных биологических средах, характерный для бронхиальной астмы, может вызвать повышенную восприимчивость тканей пародонта к инфекции, замедление репарационной активности, привести к метаболическим и структурным изменениям в полости рта.

У больных БА с хроническим генерализованным пародонтитом значительно преобладают атипичные сосудистые реакции тканей пародонта, что связано с нарушениями в микроциркуляторном звене сосудистого русла. У пациентов с хроническими заболеваниями пародонта на фоне бронхиальной астмы, получавших ингаляционную глюкокортикостероидную терапию, снижен первичный иммунный ответ в ротовой полости, что, наряду со снижением аутоиммунных процессов, способствует хронизации патологических изменений в пародонте с более выраженными нарушениями как со стороны факторов неспецифической, так и иммунной защиты полости рта, причем наиболее значимые изменения отмечаются у пациентов с гормонозависимой бронхиальной астмой. Больные, страдающие гормонозависимой бронхиальной астмой, имеют более тяжелое течение хронического генерализованного пародонтита, что выражается в большей деструкции костной ткани пародонта, причем кровоточивость и уровень воспаления существенно не повышены [7,12].

Доказано, что применение ингаляционных глюкокортикоидов вызывает сдвиг кислотно-основного равновесия в сторону ацидоза, изменение уровня про- и противовоспалительных цитокинов, концентрации лизоцима ротовой жидкости. Установлена также прямая зависимость между длительностью приема данной группы препаратов и тяжестью указанных осложнений [12].

Парестезия СОПР – полиэтиологическое заболевание, чаще всего развивающееся на фоне различных внутренних заболеваний [2,8,15], при этом прием различных лекарственных препаратов по поводу основного заболевания может стать пусковым фактором, вызывающим основной симптом парестезии – жжение в полости [19].

Установлено, что клинические проявления и симптоматика парестезии слизистой оболочки полости рта носят вторичный характер, как отражение основного общего заболевания (БА), а также являются следствием снижения иммунологического статуса полости рта и изменением микробного ландшафта в результате негативного воздействия ингаляционных гормональных препаратов [6].

Данные, полученные с помощью лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ), с оценкой уровня белка острой фазы воспаления лактоферрина в слюне свидетельствуют о

снижении уровня микрокровотока в равной степени как на верхней, так и на нижней челюсти. Наиболее выраженные нарушения микрокровотока в тканях пародонта выявляются у лиц с сочетанной патологией (пародонтит на фоне бронхиальной астмы). Высокая информативность комплексного исследования микрокровотока тканей пародонта и определения уровня лактоферрина в слюне в диагностике микроциркуляторных нарушений и степени активности воспаления позволяет использовать данную методику для раннего выявления нарушений в тканях пародонта у больных с пародонтитом на фоне бронхиальной астмы и без выявленной органной патологии [9].

Таким образом, анализ литературы позволяет утверждать, что бронхиальная астма является распространенной патологией, имеющей множественные проявления на слизистой оболочке полости рта, которые являются побочным эффектом ингаляционной гормональной терапии.

Литература

1. Белевский А.С. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы: Пересмотр 2014 г. – Российское респираторное общество, 2015. – 148 с.

2. Борисова Э.Г. Принципы диспансеризации пациентов с глоссодинией // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – №4 (18). – С. 26-28.

3. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. – М., 2001. – С. 68-75.

4. Гущин И.С. О физиологическом смысле аллергических реакций // Иммунология. – 2001. – № 3. – С. 16-18.

5. Казарина Л.Н., Чуваркова И.М. Анализ клинико-иммунологического статуса полости рта у больных бронхиальной астмой, получающих ингаляционную гормональную терапию // Соврем. пробл. науки и образования. – 2013. – №1.

6. Казарина Л.Н., Чуваркова И.М. Парестезия слизистой оболочки рта на фоне приема ингаляционных гормональных препаратов у больных бронхиальной астмой // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2018. – №1. – С. 104.

7. Крылова В.Ю. Оценка состояния полости рта у больных бронхиальной астмой: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – СПб, 2009. – 4 с.

8. Резникова Т.Н. Психоневрологические аспекты в комплексном лечении больных парестезиями слизистой оболочки полости рта // Пародонтология. – 2002. – №1 (2). – С. 67-70.

9. Саркисов К.А. Состояние микроциркуляции слизистой оболочки полости рта при пародонтите у больных бронхиальной астмой: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Ставрополь, 2011. – 15 с.

10. Смоленов И.В. Лекарственные средства, подавляющие аллергическое воспаление у детей (фармакодинамика, влияние на качество жизни, прогнозирование эффективности лечения): Автореф. дис. … д-ра мед. наук. – Волгоград, 1998. – 19 с.

11. Сыров В.В. Представления об эпидемиологии и возможностях профилактики бронхиальной астмы на современном этапе // Аллергол. и иммунол. в педиатрии. – 2016. – №3 (46). – С. 21.

12. Чуваркова И.М. Профилактика и лечение осложнений в полости рта у больных бронхиальной астмой, получающих ингаляционную гормональную терапию: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Н. Новгород, 2013. – 30 с.

13. Чучалина А.Г. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. – М.: Атмосфера, 2011. – 160 с.

14. Шарипова Н.С. Медико-социальный аспект или заболевание бронхиальной астмы // Int. J. Appl. Fundament Res. – 2015. – №10. – С. 101.

15. Jones K.P., Mullee M.A., Middleton M. Peak flow based asthma self-management: a randomised controlled study in general practice // Brit. Thorac. Soc. Res. Comm. Thorax. – 1995. – №8. – P. 851-857.

16. Netto F.O. Risk factors in burning mouth syndrome. A case-control study based on patient records // Clin. Oral Investig. – 2011. – Vol. 15, №4. – P. 571-575.

17. Robinson D.S. Inhaled corticosteroids: benefits and risks // Asthma. – 1996. – Vol. 33. – P. 5-16.

18. To T., Stanojevic S., Moores G. et al. Global asthma prevalence in adults: findings from the cross-sectional world health survey // BMC Publ. Health. – 2012. – Vol. 12. – P. 204.

19. Triantos D. Stomatodynia (burning mouth) as a complication of analapril therapy // Oral Dis. – 2004. – Vol. 10, №4. – P. 244-245.

This article discusses corticosteroidal bronchial asthma, its etiology and possible manifestations on the oral mucosa caused by the side effects of inhaled hormonal drugs

Key words: bronchial asthma, hormonal drugs, manifestations.

В статье обсуждается кортикостероидная бронхиальная астма, ее этиология и возможные

проявления на слизистой оболочке полости рта, вызванные побочными эффектами ингаляционных гормональных препаратов.

Ключевые слова: бронхиальная астма, гормональные препараты, проявления.

Ushbu maqolada kortikosteroid bronxial astma, uning etiologiyasi va inhalatsiyalangan gormonal dorilarning yon ta'siridan kelib chiqqan og'iz mukozasida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan namoyishlar muhokama qilinadi.

Kalit so'zlar: bronxial astma, gormonal dorilar, namoyon bo'lishi.

В помощь практическому врачу

https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-60

УДК: 616-002.3/.36:[611.716+611.92]-089

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЕЙ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ

Азимов М.И., Азимов А.М., Шомуродов К.Э., Мирхусанова Р.С., Сайдалиев Н.С., Матназаров А.Б., Мухторов З.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В последние годы число больных одонтогенным остеомиелитом, с абсцессами и флегмонами прилежащих мягких тканей значительно увеличилось. Появилась отчётливая тенденция к росту атипичных, торпидных форм воспалительных заболеваний с переходом в хронические, выросло количество осложнений и рецидивов этих заболеваний. Наблюдается неуклонный рост этих болезней, утяжеление клинического течения, склонность к генерализации процесса, септическим осложнениям и неблагоприятным исходам [2,6].

В настоящее время вопросы одонтогенных инфекций рассматривают не только как чисто хирургическую проблему, так как частота воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО) во многом зависит от своевременности диагностики и эффективности лечения кариеса и его осложнений. Поспешность при сборе анамнеза, значительные упущения, неверный подход к анализу результатов исследований приводят к тому, что локальный патологический процесс становится разлитым, распространяющимся на челюстную кость и прилежащие мягкие ткани [4,7].

Социально незащищенные и малообеспеченные слои населения плохо информированы о кариесе и его осложнениях. Боль в зубе эти люди лечат обезболивающими таблетками, создавая условия для распространения гноеродной инфекции в кость и прилежащие мягкие ткани. Отсутствие необходимых специалистов в отдалённых областях вынуждают больных из сельской местности ехать в административные центры или даже случаев в столицу, что также отнимает ценное время, усугубляет патологический процесс, затягивает весь процесс оказания неотложной медицинской помощи и в дальнейшем снижает эффективность лечения.

Все это способствует увеличению числа больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями с агрессивным течением и распространением инфекции на клетчаточные пространства лица и шеи. Пациенты теряют трудоспособность на долгий срок, что также негативно отражается на их материальном и социальном положении. Нередко происходит генерализация инфекции, и развиваются такие опасные, угрожающие жизни осложнения как медиастинит, тромбофлебит лицевых вен, тромбоз кавернозного синуса, сепсис и др. Наблюдаются и случаи смерти пациентов от перечисленных тяжёлых осложнений [1,3,5].

В большинстве случаев даже при успешном лечении последствия таких осложнений приводят к инвалидизации, длительной или полной потере больным трудоспособности, что усложняет финансовое положение всей семьи. К тому же препараты, применяемые в процессе лечения, по ценовой категории чаще всего наносят ущерб не только семье, но и бюджету государственных лечебных учреждений. Из этого следует, что