

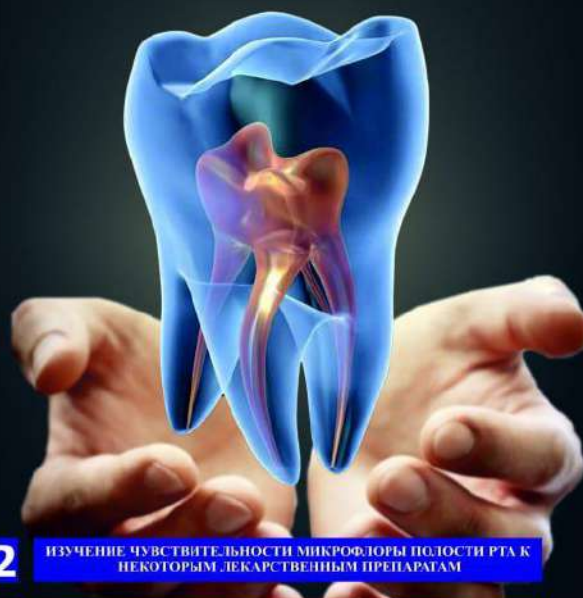
Здоровая улыбка,
Лучший выбор.



STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ISSN 2091-5845

№ 1 (86) 2022



22

ИЗУЧЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА К НЕКОТОРЫМ ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТАМ

44

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ РЕТРАКЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ТКАНЕВОГО КРОВОТКА МАРГИНАЛЬНОЙ ДЕСНЫ

89

DIABETES MELLITUS AND DENTAL HEALTH: PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS IN DENTAL CLINICS

Зиядуллаева Н.С. Скаффолдни тайёрлаш учун
остеопластик хомашёни танлаш асослари.....84

Саматов У.А. Diabetes mellitus and dental
health: problems of diagnosis and treatment of patients
in dental clinics.....89

Эронов Ё.Қ., Яриева О.О. Имконияти
чекланган болаларда суринкали катарал
гингивитларни ташхислаш ва стоматологик
текширув кўрсаткичлари.....93

Яриева О.О., Эронов Ё.Қ. Критерии ранней
диагностики и лечения кандидоза слизистой
оболочки полости рта.....97

ЮБИЛЕИ

СУПИЕВУ ТУРГАНУ КУРБАНОВИЧУ – 80
лет.....100

КАМИЛОВ ХАЙДАР ПОЗИЛОВИЧнинг
меҳнат фаолиятига 60 йил тўлди.....103

НЕКРОЛОГ

Академик ТУРГУНПЎЛАТ ДАМИНОВ....104

Ziyadullaeva N.S. Scaffoldni tayorlash uchun
osteoplasty khomashoni tanlash asoslari.....84

Саматов У.А. Сахарный диабет и
стоматологическое здоровье: проблемы
диагностики и лечения пациентов в
стоматологических поликлиниках.....89

Eronov Y.Q., Yarieva O.O. Diagnostic and dental
indicators of chronic catarrhal gingivitis in children
with disabilities.....93

Yarieva O.O., Eronov Y.K. Criteria for early
diagnosis and treatment of candidiasis of the oral
mucosa.....97

ANNIVERSARY

SUPIEV TURGAN KURBANOVICH is 80 years
old.....100

KAMILOV KHAYDAR POZILOVICN - 60
years of creative work.....103

OBITUARY

Academician TURGUNPILAT DAMINOV.....104

ИМКОНЯТИ ЧЕКЛАНГАН БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ ГИНГИВИТЛАРНИ ТАШХИСЛАШ ВА СТОМАТОЛОГИК ТЕКШИРУВ КЎРСАТКИЧЛАРИ



Эронов Ё.Қ., Яриева О.О.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Имконияти чекланган болаларда гингивит касаллигининг энг кўп учраши сабабилариуларнинг оғиз бўшлиғида гигиенанинг қониқарсиз ҳолати, ота-оналарнинг болада гигиена тарбиясини беришга қониқарсиз муносабати, тиш-жағ аномалиялари, шунингдек оғирлаштирувчи умумий соматик ҳолат мавжудлиги ҳамда маргинал пародонт яллиғланиш касалликлари ривожланишининг умумий ва маҳаллий факторлари уйғунлиги ҳисобланади [3,5,12].

Гингивит – бу милк шиллиқ қаватининг яллиғланиш касаллиги, кўпинча болаларда ўсмирлик ёшида 98% гача учрайди. Пародонт тўқималари касалликларини даволашнинг энг самарали методларини ишлаб чиқиш, шунингдек амалиётга тадбиқ қилиш, сўнги ўн йилда Ўзбекистон, Россия ва чет эл олим муаллифларининг тадқиқотларида биринчи ўринлардан бирини эгаллаб келмоқда [1-3].

Пародонт тўқималарининг ҳолати клиник баҳоланганда биринчи навбатда милкда шиллиқ қаватнинг ҳолатига эътибор қаратилди:

1. Яллиғланиш мавжуд
2. Яллиғланиш жадал
3. Яллиғланишнинг тарқалиши.

Намуна яллиғланиш мавжуд бўлганида бириктирувчи тўқималарда чуқур шикастланиш мавжуд бўлган соҳалар бўйлишига асосланган. У яллиғланиш жойларида кўп миқдорда гликоген тўпланиши билан боғлиқ.

Яллиғланишнинг характеристикаси учун қуйидаги даражаланиш қабул қилинган: 1 салбий намуна – сомон-сарик рангда бўялади; 2 ижобий намуна – ёрқин-жигаррангга бўялади; 3 ижобий намуна – тўқ-қўнғир ранга бўялади.

Бажариш техникаси. Милк шиллиқ пардаси Люголь эритмасининг ўзгарган аралашмаси билан сурилади (калий ёд – 2 мл, кристалл ёд – 1 мл, дистилланган сув – 4 мл) ёрқин-жигаррангдан тўқ-қўнғир рангача ўзгаради. Пародонт соғлом

бўлганида милк бўйлишида фарқ аниқланмайди.

Оғиз бўшлиғида гигиенани баҳолашнинг энг оддий мезони рақамларда ифодаланган, тиш қараши билан қопланган тиш юзаларини ҳисобланади. Бунинг учун Green – Wermillion методидан фойдаланилди.

G. Green ва I.R. Wermillion (1964) OGI-S (Oral Hygiene Indices-Simplified) оғиз бўшлиғи гигиенасининг соддалаштирилган индексини таклиф қилишди. OHI-S ни аниқлаш учун тишларнинг қуйидаги юзалари ўрганилади: юз,

тил ва $\frac{6/6}{6/6}$ лаб $\frac{1/1}{1/1}$.

Барча юзаларда олдин тиш қараши аниқланади. Тишларнинг юзаларида қарашнинг миқдори қуйидаги тарзда аниқланади: ёдга эга аралашма билан олти доимий тиш юзаси бўялади – юқори марказий кесувчиларнинг лаб юзалари, юқори биринчи доимий катта илдиз тишларнинг юз юзалари, пастки биринчи доимий катта илдиз тишларнинг тил юзалари.

Тиш қарашини баҳолашнинг қуйидаги тизимидан фойдаланилади:

0 – тиш қарашининг йўқлиги (бўйлиш йўқ);

1 – тиш қараши тиш юзасининг 1/3 дан ортик соҳасини қоплайди;

2 – тиш қараши тиш юзасининг 1/3 дан ортик, лекин 2/3 қисмидан кам соҳасини қоплайди;

3 – тиш қараши тиш юзасининг 2/3 дан ортик соҳасини қоплайди.

Ҳар бир тишда баллар миқдори умумий суммага қўшилади ва олтига бўлинади (тишлар сони).

Тишларнинг юзасида аниқланган қараши миқдори бўйича оғиз бўшлиғида гигиена ҳолатининг уч даражасини ажратиш мумкин: яхши, қониқарли ва ёмон.

Яхши ҳолат сифатида, бўйланган қараши алоҳида тишларнинг бўйинчаларида (0-1 балл) аниқланган

ҳолатни баҳолаш мумкин. Қониқарли ҳолат – караш тиш тожининг 1/3 ва алоҳида тишлардан 1/3 дан бировз кўпроқ юзасини қоплайди (1-2 балл). Ёмон – караш тожнинг деярли бутун юзасини қоплайди, яъни барча текширилаётган тишларнинг 2/3 қисмидан ортиғини (2-3 балл). Бу индекс болаларда тишлам алмашиш даврида оғиз бўшлиғининг гигиеник ҳолати ҳақида хулоса қилиш имконини беради.

Биринчи доимий тишлар бўлмаганида, оғиз бўшлиғининг гигиена ҳолатини баҳолаш учун биз Ю.А. Федоров ва В.В. Володкина (1971) томонидан таклиф қилинган Федоров – Володкина индексидан фойдаландик, у олти пастки фронтал тишларнинг юзасини ёдга эга аралашма (ёд-калий аралашмаси) билан бўяш йўли билан аниқланади.

Микдорли баҳолаш беш балли тизимда ўтказилади:

1. Тиш тожининг бутун юзаси бўялиши – 5 балл
2. Тиш тожининг $\frac{3}{4}$ юзасини бўялиши - 4 балл
3. Тиш тожининг $\frac{1}{2}$ юзасини бўялиши - 3 балл
4. Тиш тожининг $\frac{1}{4}$ юзасини бўялиши - 2 балл
5. Бўялиш йўқ - 1 балл

$$K_{cp} = \frac{\sum K_n}{n}$$

Бу ерда K_{cp} – умумий гигиеник индекс, K_n – бир тишни тозалашда гигиена индекси, n – ўрганилаётган тишлар сони (меъёردа ГИ 1 дан ошмаслиги керак).

Ўрганилаётган гуруҳларда гигиена кўникмаларига ўргатиш курсини ўз ичига олган, оғиз бўшлиғида гигиена дарслари ўтказилди. Дарс вақтида болаларга муляжларда стандарт методда тишларни тозалаш қоидалар тушунтирилди.

PLI караш индекси (Sylnex, Loe H., 1964) тадқиқотчининг хоҳишига қараб барча тишларни ёки фақат баъзиларини ўрганиш имконини беради. Бўямасдан визуал ёки най ёрдамида тишнинг тўрт юзасида юмшоқ тиш ажралмалари мавжудлиги ўрганилади (вестибуляр, орал, дистал ва медиал). Тиш юзасида караш микдори шкала бўйича баҳоланади: 0 балл – караш милк олди соҳасида йўқ; 1 балл – карашнинг ингичка плёнкаси милк олди соҳада фақат най ёрдамида аниқланади; 2 балл – карашни милк ариқчаси ва бўйин олди соҳасида кўринади; 3 балл – караш тиш юзасининг катта қисмини ва тишлар орасини эгаллаган.

Тиш PLI қуйидаги формула бўйича ҳисобланади:

$$PLI = \frac{\sum \text{тўрт юза баллари}}{4}$$

Оғиз бўшлиғида PLI барча текширилган тишларда PLI дан ўртача катталиқ сифатида аниқланади.

OHI-S (Green J.C., Vermillion J.R., 1964) оғиз бўшлиғида гигиенанинг соддалаштирилган индекси шу муаллифлар томонидан 1960-йилда таклиф қилинган, учинчи молярлардан ташқари барча доимий тишларнинг юз ва тил юзаларида сегментлар (квадрант) бўйича натижаларни баҳолаган ҳолда, милк усти ва ости тиш ажралмаларининг микдор баҳосини кўзда тутувчи Oral Hygiene Index индекси асосида яратилган.

OHI-S индекси олти индикатор тишларнинг ҳолати бўйича оғиз бўшлиғида гигиена ҳолатини баҳолаш учун таклиф қилинган: юқори ва пастки жағда биринчи молярлар (26 ва 46 улар бўлмаганида қўшни иккинчи молярлар) ва икки марказий кесувчилар (11 ва 31, улар бўлмаганида – бошқа томондан марказий кесувчилар). Тишларнинг фақат бир юзаси текширилади: юқори жағнинг молярлари ва барча кесувчиларда – вестибуляр, пастки жағ молярларида – тил. Шу билан бирга келтирилган юзалар кариес ва гипоплазия билан шикастланмаган бўлиши керак.

Ҳар бир юза най ёрдамида юмшоқ тиш караш ва тиш тоши мавжудлигига ўрганилади. Текширилаётган юзага (тил, юз) най тиш ўқиға параллел қўйилади, тишнинг окклюзия юзасидан бўйнига қараб зигзагсимон ҳаракатлантирилади, тиш даражаси белгиланади, унда найда тиш ажралмалари тўпланади. OHI-S V тиш индекси караш индексининг суммаси сифатида ҳисобланади.

Караш индексининг шкаласи (Debris Index, DI-S): 0 балл – караш ёки пигмент йўқ; 1 балл – юмшоқ караш тож баландлигининг 1/3 дан кам қисмини эгаллайди ёки юзанинг исталган майдонида кўринмас юмшоқ караш билан тишдан ташқари пигментланиш мавжуд (Пристли караш); 2 балл – юмшоқ караш тиш тожининг 1/3 дан ортиқ, лекин 2/3 дан кам соҳасини қоплайди; 3 балл – юмшоқ караш тиш юзасининг 2/3 қисмидан ортиғини эгаллайди.

Тиш тоши индексининг шкаласи (Calculus Index, CI-S): 0 балл – тош йўқ; 1 балл – ўрганилаётган юзанинг 1/3 дан кам қисмини эгаллаган тиш усти тоши; 2 балл – текширилаётган юзанинг 1/3 қисмидан ортиқ, лекин 2/3 қисмидан кам соҳани эгаллайдиган тиш усти тоши ёки милк ости тошларининг алоҳида қисмлари мавжудлиги; 3 балл – юзанинг 2/3 қисмидан ортиғини эгаллаган тиш усти тоши ёки тиш бўйинчасини ўраб олган милк ости тоши.

Ҳар бир тишнинг DI-S ва CI-S маълумотлари ҳар бири диагоналдан иккига ажралган олти катакчалар билан махсус жадвалга киритилди.

OHI-S ни ҳисоблаш учун барча тишларнинг DI-S ва CI-S қўшилади:

$$OHI-S = \frac{\sum(DI-S) \pm \sum(CI-S)}{6}$$

OHI-S маълумотлари бўйича оғиз бўшлиғида гигиена ҳолати куйидаги тарзда баҳоланади: OHI-S 0,6 дан ортиқ бўлмаганида – яхши гигиена; 0,7-1,6 – қониқарли; 1,7-2,5 – қониқарсиз; >2,6 – ёмон.

Беморнинг оғиз бўшлиғида гигиена самарадорлигининг индексида RHP (Podshadlus, Haly, 1968) ўргатиш давомида тишларни тозалаш сифатини назорат қилишда фойдаланилади. OHI-S (вестибуляр юзалар 16 ва 26, 11 ва 31, тил – 36 ва 46) даги каби тишларнинг шу юзаларида қараш мавжудлиги рўйхатга олинади, лекин бу ҳолатда тиш тожининг ўрганилаётган юзасида бир нечта соҳаларнинг (бўлма) ифлосланганлиги ҳисобга олинади: 1 – медиал бўлма; 2 – дистал; 3 – ўрта-окклюзия; 4 – марказий; 5 – ўрта-бўйин олди бўлмаси.

Юмшоқ қараш мавжудлиги бўёқ билан чайилганидан сўнг аниқланади. Бўлмада бўялиш бўлмаганида 0 балл қўйилади; бўлмада исталган бўялиш бўлганида – 1 балл. Бир юзадаги беш бўлманинг баллари қўйилади ва тиш RHP си олинади. Оғиз бўшлиғи учун RHP барча олти кўрсаткичнинг ўрта қиймати сифатида ҳисобланади:

$$RHP = \frac{\sum RHP_{\text{тишлар}}}{n \text{ тишлар}}$$

RHP ёрдамида оғиз бўшлиғида гигиенани баҳолаш. 0 – оғиз бўшлиғида аъло гигиена; 0,1-0,6 – яхши; 0,7-1,6 – қониқарли; $\geq 1,7$ – қониқарсиз.

Касаллик экологик ноқулай минтақаларда яшовчи болаларда пайдо бўлади деб ҳисоблашади [7]. Мақолада экологик ифлосланган минтақада яшовчи, сурункали катарал гингивитга эга болаларни шу ташхисга эга экологик тоза минтақада яшовчи болалар билан солиштирилганда цитокин профил ва оғиз бўшлиғи суюқлигида лейкоцитларнинг миқдорини ўрганиш натижалари тақдим этилган. Ўрганилган гуруҳлардаги болаларда сурункали катарал гингивитнинг оғирлик даражасига боғлиқ равишда оғиз суюқлигида лейкоцитларнинг миқдори ва цитокин спектр ўзгаришларининг батафсил

таҳлили берилган. Ёши ва яшайдиган жойига боғлиқ равишда, сурункали катарал гингивитга (СКГ) эга болаларнинг оғиз суюқлигида (ОС) лейкоцитлар ва цитокинлар миқдорининг таҳлили шуни кўрсатдики, экологик ифлосланган минтақада (ЭИМ) яшовчи 7 ёшли болаларнинг ОС да лейкоцитлар даражаси $(198,19 \pm 4,11) \cdot 10^6/\text{л}$ ни ташкил этди, бу уларнинг шартли тоза минтақада (ШТМ) яшовчи тенгдошларининг натижаларидан 1,4 марта юқори, $(141,09 \pm 4,10) \cdot 10^6/\text{л}$, ($p < 0,01$). Мазкур ёш гуруҳида цитокин профилнинг таҳлили экологик ноқулай минтақада яшовчи болаларда IL-6 яллиғлантириш цитокинининг миқдори шартли “тоза” минтақада яшовчи болаларнинг маълумотларига нисбатан 11,22% юқорилигини кўрсатди (мос равишда, $13,78 \pm 0,38$ пг/мл га қарши $12,39 \pm 0,50$ пг/мл, $p < 0,05$).

Имконияти чекланган болаларда оғиз бўшлиғи аъзоларининг патологик ҳолати ҳамда организмнинг баъзи тизимли касалликлари ўртасида ўзаро боғлиқликни кўрсатувчи қатор эпидемиологик тадқиқотлар бажарилган. Болаларда умумий соматик касалликларнинг мавжудлиги жағ-юз соҳасида тузилиш-функция ўзгаришлари ривожланишига сабаб бўлиши, шу жумладан пародонт касалликлари ривожланишининг хавфини ошириши ва бу касалликларнинг кечуви ва прогнозига катта таъсир кўрсатиши мумкин.

Болаларда пародонт тузилишининг функционал ва морфологик етилмаганлиги яллиғланиш жараёни кечувини аниқлаб берувчи омил ҳисобланади [9,15,16].

Имконияти чекланган болаларда катарал гингивит ривожланишига олиб келувчи маҳаллий омиллар сифатида тишнинг шикастланиши (тожининг синиши, тишнинг чиқиши ва бошқалар), бўйин олди кариес, нотўғри тишлам, тишлар (дистопия, қисилганлик) ва оғиз бўшлиғи юмшоқ тўқималарининг аномалиялари (лабларнинг қисқа уздечкаси, кичик кириш); тишларни қониқарсиз парваришlash, тиш тоши, пломба, тиш протезлари, эстетик винирлар ёки ортодонтик аппаратларни ўрнатишда нуқсонлар ва ҳоказолар [14,16].

Хулоса

Имконияти чекланган болаларда сурункали катарал гингивитларни ташхислаш бемор болаларнинг оғиз бўшлиғининг шиллиқ қавати ва пародонт касалликлари стоматологик текширув усуллари ёрдамида ёндош касалликлари эътиборга олиниб ташхис қўйилади. Бироқ бу ўзгаришларнинг характери этиологияси, организмнинг индивидуал

ўзига хосликлари, ёш, жисмоний ҳолат, генетик статус ва бошқаларга боғлиқ равишда жуда турлитуман. Шу сабабдан шиллиқ қават ўзгаришлари аломатларининг диагностик қиймати, шунингдек шифокорнинг даволаш ва профилактика тактикаси турлича бўлади.

Адабиётлар

1. Абдуллаев Ж.Р. Ранняя диагностика и лечение хронического катарального гингивита у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 2009. – 24 с.
2. Аванесов А.М., Калантаров Г.К. Влияние антисептиков мирамистин и хлоргексидин на местный иммунитет полости рта при хроническом генерализованном катаральном гингивите // Вестн. Рос. ун-та Дружбы Народов. – Сер: Медицина. – 2013. – №3. – С. 68-72.
3. Базарный В.В., Полушина Л.Г., Максимова А.Ю. и др. Цитологическая характеристика процессов пролиферации и апоптоза в буккальном эпителии при хроническом гингивите // Вестн. Уральской мед. акад. науки. – 2019. – Т. 16, №1. – С. 23-26.
4. Безвужко Э.В., Малко Н.В. Особенности цитокинового профиля у детей с хроническим катаральным гингивитом, проживающих на загрязненных территориях и с фтор-, йоддефицитом // Рос. стоматол. – 2015. – №4. – С. 35-38.
5. Беленова И.А., Бондарева Е.С. Повышение эффективности комплексного лечения хронического катарального гингивита в детском возрасте путем применения местных иммунокорректоров // Вестн. новых мед. технологий. – 2013. – №1.
6. Березина Н.В., Силантьева Е.Н. К вопросу о местном лечении хронического катарального гингивита у подростков // Науч. альманах. – 2017. – №1-3. – С. 168-170.
7. Эронов Ё.К. Мия фалажи билан касалланган болаларда тиш кариесининг комплекс даволаш усуллари // Tibbiyotda yangi kun. – 2020. – №4 (32). – 710-715 б.
8. Эронов Ё.К. Мия фалажи билан касалланган болаларда тиш кариеси профилактикаси // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2020. – №6. – 145-150 б.
9. Эронов Ё.К. Мия фалажи билан касалланган болаларда Лошли юшенко красногорский усулида сўлак таркибий хосаларини тахлилий аниқлаш // Tibbiyotda yangi kun. – 2020. – №2 (30). – 272-274 б.
10. Эронов Ё.К., Жумаева Ш.Б. Болаларда ўткир герпетик стоматитларни даволашга замонавий ёндошув // Tibbiyotda yangi kun. – 2018. – №4 (24). – 123-125 б.
11. Эронов Ё.К., Жумаева Ш.Б. Кичик ёшдаги болалар ва ўсмирларда гингивитни даволашнинг замонавий усуллари // J. Biomed. Pract. – 2019. – №3. – Р. 61-65.
12. Эронов Ё.К., Мирсалихова Ф.Л. Тиш кариесини профилактикаси ва даволашни церебрал фалажли бемор болаларда олиб бориш // Tibbiyotda yangi kun. – 2019. – №3 (27). – 181-183 б.
13. Эронов Ё.К., Ражабов А.А. Мия фалажи билан касалланган болаларда кариес касаллигининг тарқалиш кўрсаткичларини баҳолаш // Tibbiyotda yangi kun. – 2020. – №2 (30). – 634-635 б.
14. Мирсалихова Ф.Л. Минимально щадящий подход к лечению кариеса зубов у детей // Актуальные вопросы стоматологии: Материалы межрегион заочной науч.-практ. конф. с междунар. участием, посв. 85-летию проф. В.Ю. Миликевича. – Волгоград, 2017. – С. 238-241.
15. Мирсалихова Ф.Л. Минимально инвазивный метод лечения кариеса зубов у детей // Стоматол. детского возраста и проф. – 2018. – №2 (70). – С. 9-12.
16. Мирсалихова Ф.Л. Отсроченное пломбирование при кариесе постоянных зубов у детей с несформированными корнями // Клин. стоматол. – 2018. – №1 (85). – С. 4-7.

Имконияти чекланган болаларда сурункали катарал гингивитларни ташхислаш, ва стоматологик текширув кўрсаткичлари, даволаш ҳамда профилактикани мукамаллаштиришда маълум ютуқларга қарамасдан, мазкур патологиянинг юқори даражаси, касалланиш ўсишининг тенденцияси долзарб муаммолардан бири бўлиб келмоқда. Клиник кўринишларининг турли-туманлиги эса диагностика, даволаш ва профилактикада қийинчиликлар ҳосил қилади.

Калит сўзлар: имконияти чекланган болалар, сурункали катарал гингивитлар, пародонт, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати.

Несмотря на достижения в диагностике хронического катарального гингивита у детей с ограниченными возможностями, а также улучшение показателей стоматологического обследования, лечения и профилактики, эта проблема одна из самых актуальных в стоматологии. Разнообразие

клинических проявлений затрудняет диагностику, лечение и профилактику этого заболевания.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями, катаральный гингивит, пародонтит, слизистая оболочка полости рта.

Summary. Despite advances in the diagnosis of

chronic catarrhal gingivitis in children with disabilities, as well as improvements in dental examination, treatment and prevention, this problem is one of the most pressing in dentistry.

Key words: children with disabilities, catarrhal gingivitis of the larynx, periodontitis, oral mucosa.

УДК: 616.311. ББК 56.612

КРИТЕРИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КАНДИДОЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА



Яриева О.О., Эронов Ё.К.

Бухарский государственный медицинский институт

Микробы заселяют тело человека с момента появления его на свет. Попадая на кожу и в рот новорожденного в момент его прохождения по родовым путям матери, они расселяются по всему организму: живут на коже и ногтях, слизистых оболочках полости рта, кишечника, дыхательных путей и даже во внутренних органах. Здоровье человека зависит от тонкого баланса между «дружественными» и патогенными микроорганизмами. Когда рост грибов, всегда живущих внутри нас, выходит из-под контроля, возникает серьезное заболевание. Первое упоминание о кандидозных поражениях (инфекциях) ротовой полости обнаружено у Гиппократов в IV в. до н.э. (377 г. до н.э.). Как заболевание человека молочница названа Гиппократом *stomata apthoidea*, а Галленом – *aptha alba infantu*. В переводе на русский язык греческое слово «кандида» означает «кандидат в белой мантии (одежде)» (в Древней Греции сенаторы одевались в белые одежды, что указывало на чистоту и непорочность). Термин «молочница» (*monilia*) впервые был использован ботаниками при описании поражения овощей в 1751 г. [4,11]. Местные описания кандидозных поражений сделаны в 1771 и 1784 гг. *Candida albicans* впервые была выделена от больного туберкулезом в 1844 г., в 1849 г. дрожжеподобные грибы обнаружены при вагинальном кандидозе, а в 1853 г. – при системной инфекции [11].

Внедрение противогрибковых средств 3-го поколения – триазолов (итраконазол, флуконазол)

и тербинафина можно справедливо назвать причиной настоящей революцией в терапии микозов. Впервые стали возможными безопасное лечение и профилактика ряда глубоких микозов и, что не менее важно, – излечение дерматомикозов и онихомикозов в короткие сроки. Разработка прогрессивных схем системной терапии препаратами 3-го поколения сделала лечение инфекций кожи широко доступным. Только теперь основой лечения дерматофитии стала системная терапия. Параллельно с внедрением этих средств в клиническое обращение поступили новые лекарственные формы местных антимикотиков: аэрозоли, шампуни и лаки для ногтей.

Нашей задачей явилось ознакомление лечащих врачей с противогрибковыми лекарственными препаратами, доступными в настоящее время в России. Постоянно меняющееся положение на фармацевтическом рынке страны приводит к появлению все новых аналогов имеющихся антимикотиков, новых лекарственных форм. Реже появляются препараты с новыми действующими веществами. Некоторые препараты и их формы, широко применявшиеся в терапевтической практике, в настоящее время стали недоступны. В то же время, богатое разнообразие – более 100 наименований и более 20 лекарственных форм – имеющихся противогрибковых препаратов позволяют российским врачам выбирать нужное средство соответственно природе и форме грибковой инфекции. Мы надеемся, что мы поможем сделать правильный выбор [6].