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

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

проблема ненадлежащей профилактической работы, нехватки специалистов в сельской местности, отсутствие оборудования для неинвазивных методов диагностики и правильного лечения одонтогенных воспалительных заболеваний имеет не только медицинское, но и важное социально-экономическое значение.

Цель исследования

Изучение ошибок в диагностике и лечении острой зубной боли в догоспитальном периоде и ее последствий.

Материал и методы

В течение 2019-2020 гг. под нашим наблюдением в клинике взрослой хирургической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института находился 441 пациент с одонтогенными воспалительными заболеваниями ЧЛО. 90% больных поступили в клинику по экстренным показаниям. При поступлении в клинике собирался подробный анамнез жизни и заболевания, пациентам проводили общеклинические лабораторные анализы, необходимые для оказания неотложной помощи. Все больные осматривались дежурным хирургом-стоматологом, челюстно-лицевым хирургом. При сборе анамнеза большое внимание уделялось развитию заболевания. Выясняли, когда и как возникла острая боль в зубе, на какой день больной обратился к стоматологу, какие манипуляции были выполнены, было ли облегчение после вмешательства, какие назначения были выполнены, на какой день после вмешательства ухудшилось состояние, и больной был госпитализирован в клинику.

План оперативного вмешательства обсуждался совместно с анестезиологом, по показаниям проводили дополнительные специальные исследования. При тяжёлом состоянии больного до оперативного вмешательства проводили инфузионную терапию, направленную на нормализацию функций жизненно важных органов и систем организма. Оперативное вмешательство, как правило, выполнялось после премедикации и под внутривенным наркозом. Во время оперативного вмешательства хирург уточнял локализацию патологического процесса в челюсти, её характер, объём поражения, распространённость в мягких тканях. По завершении оперативного вмешательства с учётом анамнеза и объективных данных устанавливали клинический диагноз.

Все больные в остром периоде получали стационарное лечение на протяжении 7-10 дней. В восстановительный период после операции проводилась противовоспалительная, дезинтоксикационная, общеукрепляющая, десенсибилизирующая терапия и т.д. По показаниям выполняли дополнительные клинико-лабораторные исследования и коррекцию лечения.

Нами проведён анализ всей медицинской документации; статистическими методами определялись средняя длительность периода лечения и потери пациентом трудоспособности, средняя стоимость лечения воспалительных заболеваний ЧЛО в зависимости от распространённости патологического процесса и количества поражённых анатомических зон; подсчитывался материальный ущерб бюджету, нанесённый вследствие несвоевременного лечения заболеваний зубочелюстной системы в догоспитальный период.

Результаты и обсуждение

74 пациента поступили в клинику из города Ташкента, 209 – из Ташкентской области, 158 – из других областей республики, т.е. городское население составило 16,8%.

Распределение больных в зависимости от формы воспалительного процесса, пола и возраста представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту в зависимости от формы воспалительного процесса

Форма острого одонтогенного воспалительного заболевания	Возраст, лет			Итого
	19-30	31-50	50 и старше	
Острый серозный остит	4/2	8/9	4/6	**33**
Острый гнойный остит	3/2	7/8	4/4	**28**
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 1-2-х анатомических пространств	4/3	10/8	4/5	**34**
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 2-х и более анатомических пространств	49/61	72/87	33/44	**346**
Всего	60/68	97/112	45/59	441

Примечание. В числителе – число женщин, в знаменателе – мужчин.

На 2-3-й день после появления острых болей в зубе к стоматологу по месту жительства обратился 51 больной из города Ташкента. Из анамнеза установлено, что при обращении к стоматологу у всех больных имелись признаки острого серозного остита: припухлость на лице, мягкая на ощупь, малоболезненная при пальпации, болезненный отёк переходной складки, подвижность поражённого зуба. Всем больным оказана помощь – дан отток через корневой канал с промыванием очага антисептиками (в подавляющей части случаев гипохлоритом натрия), в некоторых случаях была оставлена повязка с антисептиком. Больные почувствовали временное облегчение, однако через 6-12 часов боль возобновилась, припухлость стала нарастать, повысилась температура тела, ухудшилось общее состояние, что свидетельствует о развитии гнойного воспалительного процесса в костной ткани в пределах пародонта причинного зуба. Проведённые лечебные мероприятия при остром серозном остите не только оказались малоэффективными, но и способствовали распространению гнойного процесса в прилежащие ткани.

У большинства пациентов помощь была ограничена оттоком через корневой канал, назначением полоскания полости рта антисептиками. Только 5 больным были назначены антибиотики внутрь. 11 человек занимались самолечением: принимали обезболивающие, антибиотики, прикладывали тепло или согревающие повязки. Со слов больных это снимало боль, но способствовало нарастанию припухлости, её уплотнению, увеличению болезненности.

Остальные больные повторно лечащему врачу не обратились, а на 3-4-й день обратились в клинику ТГСИ и были госпитализированы в стационар (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от срока госпитализации и общего состояния

Форма острого одонтогенного воспалительного заболевания	Срок госпитализации, день								
	2-3-й			4-6-й			7-й и позже		
	уд	ср	тяж	уд	ср	тяж	уд	ср	тяж
Острый серозный остит	19	-	-	8	-	-	6	-	-
Острый гнойный остит осложнённый периоститом	8	-	-	12	2	-	6	-	-
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 1-2-х анатомических пространств	1	8	1	4	12	1	-	5	2
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 2-х и более анатомических пространств	-	20	-	-	115	11	-	171	29
Всего	28	28	1	24	129	12	12	176	31

В отделении пациентам проводили необходимые исследования (ОАК, ОАМ, рентгенография, ЭКГ и др.) для оказания неотложной помощи. Все больные осматривались дежурным хирургом-стоматологом, челюстно-лицевым хирургом, анестезиологом, совместно обсуждался объём оперативного вмешательства, по показаниям проводили дополнительные специальные исследования и консультации других специалистов при наличии сопутствующих заболеваний.

После госпитализации в отделение для выполнения операции вскрытия флегмоны и удаления причинного(ых) зуба(ов) некоторым больным по показаниям была выполнена премедикация. Пациента оставался в отделении в среднем 6-7 дней. В течение 3-4 дней после выписки больным проводилась перевязка в поликлинике ВХС, далее эта процедура выполнялась в поликлинике по месту жительства в течение 5-7 дней. По подсчётам только средняя стоимость лекарств, используемых в процессе лечения флегмон, составила 402400 сум. Сумма варьирует в зависимости от тяжести воспалительного процесса, количества поражённых анатомических областей, общего состояния организма пациента, а также от длительности лечения и комплекса проводимой медикаментозной терапии. В нашем случае стоимость варьировала от 239000 до 729000 сум (напоминаем, что в сумму не входила оплата за обследование (ЭКГ, рентген и др.), лабораторные анализы (ОАК, ОАМ и др.), пребывание в отделении). Следует отметить, что приём медикаментов продолжался и после выписки, что также составило определённую сумму (табл. 3).

Таблица 3

Продолжительность лечения (койко-дни) и затраты на стационарное лечение (сум) в зависимости от степени тяжести острого одонтогенного воспалительного заболевания

Форма острого одонтогенного воспалительного заболевания	Удовл.	Средней тяжести	Тяжёлое
Острый серозный остит	-/-	-/-	-/-
Острый гнойный остит осложнённый периоститом	-/-	1/315000	-/-
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 1-2-х анатомических пространств	3/636000	5/1018000	7/1251000
Острый одонтогенный остеомиелит челюсти, осложнённый абсцессами и флегмонами 2-х и более анатомических пространств	-/-	5/1329000	7/1569000

Примечание. В числителе – количество койко-дней, в знаменателе – стоимость лечения, сум.

Наблюдались случаи повторного обращения пациентов в клинику ТГСИ с такими осложнениями как острый остеомиелит или обострение хронического остеомиелита, что было связано с несоблюдением правил асептики и антисептики (занесением инфекции в процессе перевязок) и рекомендаций лечащего врача по уходу за поражённой областью и приёму необходимых лекарств. В таких случаях приходилось назначать пациенту лекарственную (противовоспалительную, дезинтоксикационную, общеукрепляющую, десенсибилизирующую и т.д.) терапию и ждать некоторое время образования секвестров для выполнения операции секвестрэктомии, что также приводило к временной потере трудоспособности пациента. После секвестрэктомии необходимо было оперативное вмешательство для устранения дефекта костной ткани челюсти, что также требовало определённого времени и материальных затрат. Следует отметить, что данная категория пациентов в дальнейшем имела проблемы с височно-нижнечелюстным суставом и нуждалась в помощи ортодонта (срок лечения в среднем составил 1 год).

Отмечены также случаи распространения инфекции в другие смежные области еще до вскрытия флегмоны, что приводило к такому грозному осложнению, как медиастинит, который требовал немедленной дислокации пациента и госпитализации в отделение гнойной хирургии Ташкентской медицинской академии. В среднем лечение медиастинита заняло 18-20 дней. Следует отметить, что в 2019-2020 гг. было зафиксировано 4 случая неблагоприятного исхода данного заболевания (летальный исход).

Выводы

1. Наиболее распространёнными причинами несвоевременного лечения острой зубной боли и развития в дальнейшем осложнений воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области являются поспешность и упущения при сборе анамнеза, неверный подход и значительная потеря времени с момента появления симптомов заболевания до оказания неотложной хирургической помощи и направления больных к необходимым специалистам. Данная проблема требует формирования у врачей-стоматологов чётких представлений о динамике распространения гнойного воспалительного процесса.

2. Необходимо чётко представлять, что с каждым часом острый гнойный процесс имеет тенденцию к вовлечению окружающих тканей, и ответственность за несвоевременно и некачественно оказанную помощь несёт врач, который первым принял пациента – не оказал квалифицированную помощь, потерял время, поздно направил больного в соответствующее лечебное учреждение.

Литература

1. Абдуллаев Ш.Ю., Шомуродов К.Э. Использование низкочастотного ультразвука и актовегина в лечении одонтогенной флегмоны челюстно-лицевой области // Врач-аспирант. – 2011. – №46 (3.3). – С. 454-459.

2. Азимов М.И., Ризаев Ж.А., Азимов А.М. К вопросу классификации одонтогенных воспалительных заболеваний // Вестн. пробл. биол. и медицины. – 2019. – Т. 1 (153), №4. – С. 278-282.

3. Вагина И.Л., Истомина Н.С., Хеллинская Н.М., Глазков Ю.Б. Современный подход в комплексном лечении пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области // Лазерная медицина. – 2013.

– Т. 17, №3.– С. 20-23.

4. Лепский В.В. Ошибки врача стоматолога при определении показаний к лечению заболеваний зубов и операции удаления зуба (Клинические наблюдения) // Вестн. пробл. биол. и медицины. – 2015. – Т. 1 (124), №4. – С. 293-295.

Мусаев У.Ю., Ризаев Ж.А., Шомуродов К.Э. Новые взгляды на проблему стигм дизэмриогенеза зубочелюстной и лицевой системы с позиции их формирования в инвалидизации населения // Stomatologiya. – 2017. – №3. – С. 9-12.

Шомуродов К.Э. Особенности баланса цитокинов в десневой жидкости при одонтогенной флегмоне челюстно-лицевой области // Врач-аспирант. – 2010. – №42 (5.1). – С. 187-192.

Isomov M.M., Shomurodov K.E., Olimjonov K.J., Azimov I.M. Features of etiopathogenesis and the course of inflammatory processes of periapical tissues in women during pregnancy (review of literature) // Biomed. Pract. – 2020. – №SI-2. – P. 833-838.

Цель: изучение ошибок в диагностике и лечении острой зубной боли в догоспитальном периоде и их последствий. Материал и методы: в 2019-2020 гг. под нашим наблюдением в клинике взрослой хирургической стоматологии Ташкентского государственного стоматологического института находился 441 пациент с одонтогенными воспалительными заболеваниями ЧЛО, 90% из них поступили в клинику по экстренным показаниям. **Результаты:** после госпитализации в отделение для выполнения операции вскрытия флегмоны и удаления причинного(ых) зуба(ов) некоторым больным по показаниям была выполнена премедикация. Пациента оставался в отделении в среднем 6-7 дней. В течение 3-4 дней после выписки больным проводилась перевязка в поликлинике ВХС, далее эта процедура выполнялась в поликлинике по месту жительства в течение 5-7 дней. По подсчётам только средняя стоимость лекарств, используемых в процессе лечения флегмон, составила 402400 сум.

Выводы: у врачей-стоматологов важно формирование чётких представлений о динамике распространения гнойного воспалительного процесса.

Ключевые слова: одонтогенные воспалительные заболевания, инвалидизация, периапикальные ткани, острая зубная боль.

Maqsad: kasalxonaga qadar bo'lgan davrda o'tkir tish og'rig'ini tashxislash va davolashdagi xatolar va ularning oqibatlarini o'rganish. Material va usullar: 2019-2020 yillarda. Toshkent davlat stomatologiya instituti kattalardagi jarrohlik stomatologiya klinikasida bizning nazorati ostida PMO ning odontogen yallig'lanish kasalliklariga chalingan 441 bemor bor edi, ularning 90% shoshilinch ko'rsatmalar bo'yicha klinikaga yotqizildi. Natijalar: bo'limga yotqizilganidan so'ng ba'zi bemorlarda selülitni ochish va qo'zg'atuvchi tish (lar) ni olib tashlash operatsiyasini bajarish uchun ko'rsatmalarga muvofiq premedikatsiya o'tkazildi. Bemor o'rtacha 6-7 kun davomida bo'limda qoldi. Uydan chiqarilgandan keyin 3-4 kun ichida bemorlar MCS klinikasida kiyinishni boshladilar, keyin ushbu protsedura 5-7 kun davomida yashash joyidagi klinikada o'tkazildi. Hisob-kitoblarga ko'ra, faqat flegmonani davolashda ishlatiladigan dorilarning o'rtacha narxi 402 400 so'mni tashkil etgan. Xulosa: tish shifokorlari uchun yiringli yallig'lanish jarayonining tarqalish dinamikasi to'g'risida aniq g'oyalarni shakllantirish muhimdir.

Kalit so'zlar: odontogen yallig'lanish kasalliklari, nogironlik, periapikal to'qimalar, o'tkir tish og'rig'i.

Objective: To study errors in the diagnosis and treatment of acute toothache in the prehospital period and their consequences. Material and methods: In 2019-2020 under our supervision in the clinic of adult surgical dentistry of the Tashkent State Dental Institute, there were 441 patients with odontogenic inflammatory diseases of the PMO, 90% of them were admitted to the clinic for emergency indications. Results: After hospitalization in the department, premedication was performed in some patients according to indications to perform the operation of opening the phlegmon and removing the causative tooth (s). The patient remained in the department for an average of 6-7 days. Within 3-4 days after discharge, the patients underwent dressing in the clinic of the MCS, then this procedure was performed in the clinic at the place of residence for 5-7 days. According to estimates, only the average cost of drugs used in the treatment of phlegmon was 402,400 soums. Conclusions: It is important for dentists to form clear ideas about the dynamics of the spread of a purulent inflammatory process.

Key words: odontogenic inflammatory diseases, disability, periapical tissues, acute toothache.