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

Т по 2 капли в оба глаза 1 раз в сутки;

б) общее: Sol. pirocetami 20% 5,0 мл внутривенно №10, Sol. acidi ascorbinici 5% 2,0 мл внутримышечно. Sol. piridoxini hydrochloridi 5% 2 млl внутримышечно. Гинотардиферрон по 1 таб. 2 раза в день.

Пациентка выписана на 10-е сутки с нормализовавшимися показателями крови и внутриглазного давления. Рекомендовано наблюдение окулиста, стоматолога, генетика и нефролога, продолжать терапию, назначенную офтальмологом, провести ортопедическое протезирование зубов в назначенные сроки.

Особенностью данного случая можно считать преобладание глазной симптоматики и нарушений со стороны полости рта. Следует отметить, что клинический диагноз был поставлен при поступлении пациентки в стационар, а в последующем подтвержден специалистами медико-генетического центра.

Литература

1. Гинтер Е.К. Медицинская генетика: Учебник. – М.: Медицина, 2003. – 187 с.

2. Ярцева Н.С., Барер Г.М., Гаджиева Н.С. Синдромы с одновременным поражением органа зрения, полости рта и зубочелюстной системы: Учеб. пособие. – М., 2003.

3. Kuryazova Z.Kh. Ko'ruv a'zosi, og'iz bo'shligi va tish-jag' tizimining birgalikda kechadigan zarlanish sindromlari: O'quv-uslubiy qollanma. – Tashkent: Mexridaryo, 2018. – 63 b.

Описан клинический случай синдрома Мейер-Швиккерата – Грютерихса – Вейерса (синдром окуло-дентодигитальной дисплазии), особенностью которого можно считать преобладание патологии органа зрения и полости рта. Диагноз был поставлен в отделении, после полученного лечения была достигнута стабилизация процесса.

Ключевые слова: сочетанные поражения органа зрения и полости рта, наследственные заболевания.

The article presents a clinical case of Meyer-Schwickerath – Grüterichs – Weyers syndrome (oculodentodigital dysplasia syndrome). A feature of this case can be considered the predominance of pathology of the organ of vision and oral cavity. The diagnosis was made in the department, after the received treatment the stabilization of the disease was achieved.

Key words: combined lesions of the organ of vision and oral cavity, hereditary diseases.

Maqolada Meyer-Shvikerat – Grüterichs – Veyers sindromining (okulodentodigital displaziya sindromi) klinik holati keltirilgan. Ushbu holatning xususiyati ko'ruv a'zoni va og'iz bo'shlig'i patologiyasining ustunligi deb hisoblanishi mumkin. Bo'limda tashxis qo'yilgan, davolanganidan so'ng kasallik jarayoning barqarorlashuvi kuzatilgan.

Kalit so'zlar: ko'rish organi va og'iz bo'shlig'ining kombinatsiyalangan zararlanishi, irsiy kasalliklar.

https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-63
УДК: 616-053.4-071.3]:616.322/.327

ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЕЙ АДЕНОТОНЗИЛЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ

Тастанова Г.Е.[1], Ходжанов Ш.К.[2], Абдусаматова И.И[1].
[1]Ташкентский государственный стоматологический институт, [2]Ташкентская медицинская академия

Изучение показателей физического развития детей различного возраста имеет важное практическое значение, так как именно эти показатели характеризуют состояние здоровья подрастающего поколения [1,6]. Мониторинг физического развития детей является важным критерием в медицинском обследовании и профилактике развития различных заболеваний [2,7].

В последнее время во многих регионах, и

особенно в экологически неблагополучных районах, отмечается ухудшение показателей физического развития, остро проявляющееся у детей школьного возраста. Сегодня нагрузки на школьников непомерны, что стало заметно в период пандемии в связи с переходом на дистанционное обучение. Многочасовое просиживание у экранов компьютеров – одна из основной причин снижения двигательной активности, развития патологических изменений во внутренних органах, снижения иммунной защиты, формирования дезадаптивных изменений психоэмоциональной сферы [1,5]. Следует отметить, что любые отклонения от нормы, нарушения темпов прироста антропометрических показателей будет говорить о нарушениях иммунологической реактивности организма.

По частоте встречаемости заболеваний у детей на первый план выходят заболевания верхних дыхательных путей, в частности ротоносоглотки, которые встречаются в среднем до 40% от всех случаев заболеваний [5]. Распространенность хронического тонзиллита, по данным официальной статистики, составляет от 8,5 до 15 % и зависит от возраста ребенка [3,4]. Пик развития лет гипертрофии аденоидов и миндалин приходится именно на младший школьный возраст (6-8 лет), что совпадает с четвертым переходным этапом становления иммунной системы, когда происходит окончательная морфологическая перестройка поверхности миндалин, полного развития лакун и крипт [3]. Очень часто патология аденотонзиллярной системы приобретает хроническое течение, что негативно влияет на состояние всего организма и, прежде всего опорно-двигательного аппарата, в частности на скелет головы и шейного отдела позвоночника.

Цель исследования

Оценка физического развития детей младшего школьного возраста с патологией аденотонзиллярной системы.

Материал и методы

Обследованы 38 детей в возрасте 6-8 лет с заболеваниями аденотонзиллярной системы. 1-ю группу составили 12 школьников, страдающих хроническими заболеваниями аденотонзиллярной системы (хрон. аденоидит, хрон. тонзиллит), во 2-ю группу вошли 18 детей в возрасте 6-8 лет с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки (гипертрофия аденоидов, гипертрофия небных миндалин II степени). 3-я группа (контроль) включала 8 школьников без клинических проявлений патологии со стороны ЛОР-органов.

Исследование проводилось на базе детского отделения ЛОР-патологии 1-й клиники Ташкентской медицинской академии и поликлиники №27 Чиланзарского района г. Ташкента. Всем детям проведены клинико-анамнестические методы исследования, физикальное обследование, консультация отоларинголога, при необходимости других врачей-специалистов, а также общелабораторные методы исследования. Для верификации диагноза и выявления сопутствующей патологии детям выполняли эндоскопические, рентгенологические, МСКТ, функциональные исследования. Антропометрические показатели оценивали с помощью центильных таблиц, определяли гармоничность физического развития. Статистическую обработку полученных результатов осуществляли с применением интегрированного пакета прикладных программ Statistica for Windows 6.0.

Результаты и обсуждение

Как показали наши исследования, в 1-й группе хронический тонзиллит диагностирован у 5 (41,6%) детей, хронический аденоидит – у 4 (33,3%), сочетанная форма хронической патологии аденотонзиллярной системы – у 3 (25%).

Согласно классификационным критериям Б.С. Преображенского в модификации В.Т. Пальчуна (2013), более чем у половины обследованных (58,3%) отмечалась клиническая картина простой формы хронического тонзиллита, у 35% детей диагностирована токсико-аллергическая форма. При проведении клинического осмотра состояния миндалин обнаружены гнойные пробки в криптах миндалин (при надавливании шпателем), наличие симптомов Гизе, Зака и Преображенского. Картина хронического аденоидита выглядела следующим образом: наличие признаков затрудненного носового дыхания, храп и беспокойство во сне, ринорея, частичное снижение слуха. При сочетанной формы патологии отмечались в равной доле все признаки хронической патологии аденотонзиллярной системы.

Из числа больных с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки у 11 (61%) выявлена гипертрофия аденоидов II степени, у 3 (16%) – гипертрофия небных миндалин, у 4 (22%) – картина сочетанной гипертрофии миндалин I и II степени. При фарингоскопическом исследовании увеличенные нёбные миндалины имели плотно-эластическую консистенцию, без явных признаков воспаления, чаще ярко-розового цвета. При задней риноскопии аденоиды визуализировались как образования бледно-розового цвета с широким основанием, неровной поверхностью, разделенной продольно размещенными щелями, находящиеся на своде носоглотки.

Оценка физического развития детей показала изменения многих показателей. Так, в группе детей с хроническими заболеваниями аденотонзиллярной системы показатели длины тела отставали от нормативных значений в среднем на 18-20%, хотя среди детей с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки отмечается резкий разброс ростовых параметров. Низкий рост чаще встречался среди детей с хронической патологией миндалин, а во 2-й группе среди детей с гипертрофией аденоидов и миндалин низкий рост был только у 10,2%. В контрольной группе у детей без патологии ЛОР-органов низкий рост, соответствующий значениям центильных величин менее P10, не выявлен. Следует отметить, что высокий рост (более P90) достоверно чаще отмечался как в контрольной группе, так и в группе детей с гипертрофическими изменениями аденотонзиллярной системы.

Очень интересные данные получены относительно массы тела. Так, низкая масса чаще встречалась у детей с хронической патологией, дефицит массы тела I и II степени был обнаружен у 5 (41%) детей. Во 2-й группе, наряду с дефицитом массы тела (22%), у 7 (40%) детей имелась избыточная масса тела. Как известно, у детей с избыточной массой тела заметно снижена иммунологическая резистентность организма, что приводит к затяжному течению любого воспалительного процесса. Наши исследования показали, что высокий прирост массы отмечается и в контрольной группе (48%), хотя по результатам диспансеризации таких детей относят к группе «относительно здоровых», что указывает на недостаточно тщательное проведение профилактической диспансеризации. Следует отметить, что избыток массы тела I-II степени достоверно чаще выявляется среди детей с гипертрофическими изменениями аденотонзиллярной системы. В 1-й группе избыточную массу тела I степени имели лишь 6% детей (табл.).

Таблица

Средние показатели массы и роста у детей различных групп, M±m

Показатель	1-я группа, n=12	2-я группа, n=18	Контрольная группа, n=8
Масса тела, кг	25,6±1,6	29,08±3,04	31,2±2,08
Рост, см	124,9±2,06	128,0±1,58	131,6±2,70

Что касается гармоничности физического развития, то детей с гармоничным развитием в обеих группах было достоверно меньше, чем в контрольной группе. Среди детей с хроническими заболеваниями ЛОР-органов показатели гармоничного физического развития наблюдаются всего у 38%, остальные имели дисгармоничное развитие. Подобная картина выявлена и в группе с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки, только у 33% обследованных отмечаются признаки гармоничного развития. В этой группе у детей выявлены также признаки функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата в виде нарушения осанки, сколиоза, у 2-х детей имелся выраженный шейный лордоз.

Таким образом, изучение показателей физического развития детей младшего школьного возраста с различными видами патологии ЛОР-органов, показало, что почти у трети детей обеих групп отмечаются сдвиги в развитии, выраженность которых зависит от вида патологического процесса в аденотонзиллярной системе. Так, в группе детей с хроническими воспалительными процессами в миндалинах отмечаются более низкие ростовые показатели, чаще выявляется дефицит массы тела. В группе с гипертрофией аденоидов и небных миндалин II степени на фоне высоких ростовых показателей избыток массы тела имеется у 40% детей. Этот факт можно объяснить наличием гипертрофированной лимфоидной ткани, что,

возможно, приводит к ускорению роста у детей этого возраста. Следует также отметить, что в этой группе отмечается и дефицит массы тела (22%), то есть отклонения в массе тела у детей этой возрастной группы встречались чаще, чем отклонения в росте. Все в совокупности привело к выраженному дисгармоничному развитию детей обеих групп. Отдельно следует обратить внимание на тот факт, что у 48% детей контрольной группы отмечается избыточный прирост массы тела, хотя по данным профилактического осмотра они относится к группе «здоровых».

В заключение следует отметить, что полученные нами результаты свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к оценке физического развития у детей с патологией аденотонзиллярной системы, так как именно изменения показателей развития могут явиться предикторами начала патологических преобразований в растущем организме [8].

Литература

1. Баранов А.А., Кучма В.Р. Физическое развитие детей и подростков Российской Федерации: Сб. материалов. – М.: ПедиатрЪ, 2013. 192 с.

2. Белов В.А., Воропаева Я.В. Распространенность хронического тонзиллита у детей по данным всероссийской диспансеризации // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. –2012. – Т. 57, №1. –С. 85-89.

3. Кондратьева Е.И., Степаненко Н.П., Лиханова У.В. Клинико-иммунологическая характеристика часто болеющих детей и детей с хроническими очагами инфекции носоглотки на фоне немедикаментозного лечения // Курортная медицина. – 2013. – № 1. – С. 57-60.

4. Нагаева Т.А., Фурманова Е.А., Пономарева Д.А. Роль матриксной металлопротеиназы-9 при патологии миндалин и аденоидов у часто болеющих детей // Лечение и профилактика. – 2015. – №1 (13). – С. 48-51.

5. Намазова-Баранова Л.С., Кучма В.Р., Ильин А.Г. и др. Заболеваемость детей в возрасте от 5 до 15 лет в Российской Федерации // Мед. совет. – 2014. – № 1. – С. 6-10.

6. Универсальная оценка физического развития младших школьников: Пособие для мед. работников; Под ред. А.А. Баранова, В.Р. Кучма, Л.М. Сухаревой и др. — М.: НЦЗД РАМН; 2010. — 34 с.

7. Чагаева Н.В., Попова И.В., Токарев А.Н. и др. Мониторинг физического развития детей // Вятский мед. вестн. – 2010. – №3. – С. 63-68.

8. Skinner A.C., Steiner M.J., Henderson F.W., Perrin E.M. Multiplemarkers of inflammation and weight status: cross-sectional analyses throughout childhood // Pediatrics. – 2010. – 125, №4. – P. 801-809.

Цель: оценка физического развития детей младшего школьного возраста с патологией аденотонзиллярной системы.

Материал и методы: обследованы 38 детей в возрасте 6-8 лет с заболеваниями аденотонзиллярной системы. 1-ю группу составили 12 школьников, страдающих хроническими заболеваниями аденотонзиллярной системы (хрон. аденоидит, хрон. тонзиллит), во 2-ю группу вошли 18 детей в возрасте 6-8 лет с гипертрофией лимфоидной ткани носоглотки (гипертрофия аденоидов, гипертрофия небных миндалин II степени). 3-я группа (контроль) включала 8 школьников без клинических проявлений патологии со стороны ЛОР-органов. **Результаты:** почти у трети детей отмечаются сдвиги в развитии, степень выраженности которых зависит от вида патологического процесса в аденотонзиллярной системе. У детей с хроническими воспалительными процессами в миндалинах самые низкие ростовые показатели, нередко дефицит массы тела. У детей с гипертрофией аденоидов и небных миндалин II степени на фоне высоких ростовых показателей отмечается резкий разброс показателей массы тела как в сторону прироста, так и снижения **Выводы:** патология аденотонзилярной системы приводит к дисгармоничному развитию детей в данных группах наблюдения.

Ключевые слова: аденотонзиллярная система, физическое развитие, рост, масса тела, хронический тонзиллит, хронический аденоидит, гипертрофия миндалин.

Objective: To assess the physical development of primary school children with pathology of the adenotonsillar system.

Material and methods: 38 children aged 6-8 years with diseases of the adenotonsillar system were examined. The 1st group consisted of 12 schoolchildren suffering from chronic diseases of

the adenotonsillar system (chron.adenoiditis, chron. tonsillitis), the 2nd group included 18 children aged 6-8 years with hypertrophy of the lymphoid tissue of the nasopharynx (hypertrophy of the adenoids, hypertrophy of the palatine tonsils II degree). Group 3 (control) included 8 schoolchildren without clinical manifestations of pathology from the ENT organs.

Results: Almost one third of children have developmental shifts, the severity of which depends on the type of pathological process in the adenotonsillar system. Children with chronic inflammatory processes in the tonsils have the lowest growth rates, often underweight. In children with hypertrophy of the adenoids and palatine tonsils of the II degree, against the background of high growth rates, there is a sharp scatter of body weight indicators both in the direction of increase and decrease.

Conclusions: The pathology of the adenotonsilar system leads to disharmonious development of children in these observation groups.

Key words: adenotonsillar system, physical development, height, body weight, chronic tonsillitis, chronic adenoiditis, tonsil hypertrophy.

Maqsad: adenotonsillar tizimining patologiyasi bo'lgan boshlang'ich maktab o'quvchilarining jismoniy rivojlanishini baholash.

Material va usullar: 6-8 yoshdagi, adenotonsillar sistemasi kasalliklariga chalingan 38 bola tekshirildi. 1-guruhga adenotonsillar tizimining surunkali kasalliklari (xron.adenoidit, xron.tonsillit) bilan og'rigan 12 nafar maktab o'quvchilari, 2-guruhga nazofarenksning limfoid to'qimalarining gipertrofiyasi (adenoidlarning gipertrofiyasi) bilan 6-8 yoshdagi 18 bola kirdi. , palatin bodomsimon bezining gipertrofiyasi II daraja). 3-guruhga (nazorat) LOR a'zolaridan patologiyaning klinik ko'rinishlari bo'lmagan 8 nafar maktab o'quvchilari kiritilgan.

Natijalar: bolalarning deyarli uchdan birida rivojlanish siljishlari bor, ularning og'irligi adenotonsillar tizimidagi patologik jarayon turiga bog'liq. Bademciklerde surunkali yallig'lanish jarayonlari bo'lgan bolalar eng past o'sishga ega, ko'pincha vazn etishmaydi. II darajali adenoidlar va palatin bodomsimon bezlari gipertrofiyasi bo'lgan bolalarda yuqori o'sish fonida tana vazn ko'rsatkichlarining o'sish va pasayish yo'nalishi bo'yicha keskin tarqalishi kuzatiladi.

Xulosa: adenotonsilar tizimining patologiyasi ushbu kuzatuv guruhlaridagi bolalarning uyg'un rivojlanishiga.

Kalit so'zlar: adenotonsillar sistemasi, jismoniy rivojlanish, bo'yi, tana vazni, surunkali tonzillit, surunkali adenoidit, bodomsimon gipertrofiya.

https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-64
УДК: 617,51:617,53-006-039,74

ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Убайдуллаев Х.А., Гафур-Ахунов М.А., Гаффоров С.А.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Результаты реабилитационного лечения больных с дефектами челюстно-лицевой области (ЧЛО) изучались путем динамического наблюдения и оценивались в зависимости как от тяжести основного заболевания, так и от степени функциональной и косметической эффективности эндо- и экзопротезов [5]. Реабилитация больных раком челюстно-лицевой области приобретает все большее значение в связи с тем, что продолжительность жизни после проведенного