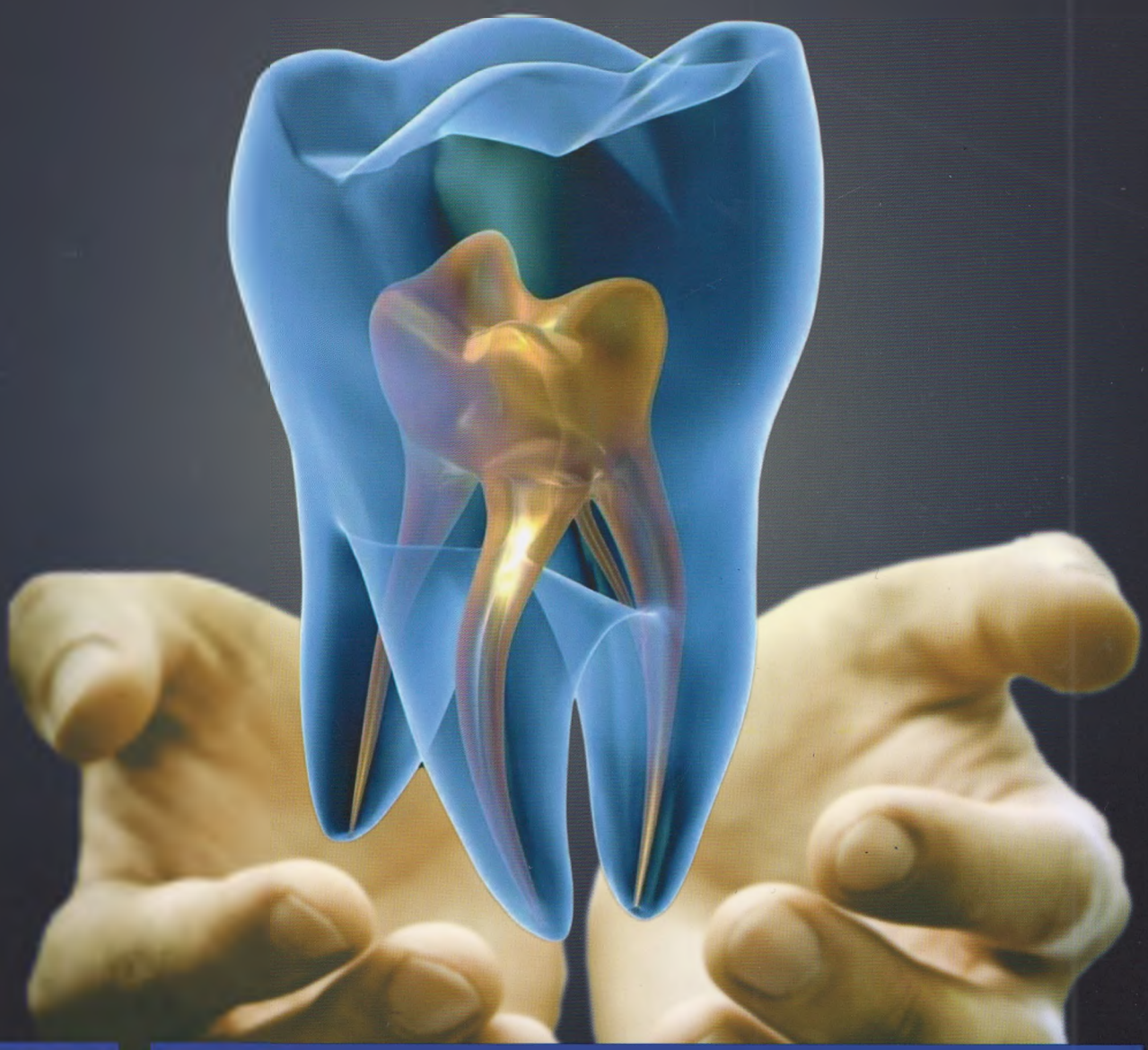
STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ISSN 2091-5845

№4 (85) 2021



26 Лечение реактивно-дистрофических заболеваний слюнных желез

33 Пастки жаг суяги синишида комплекс даволаш тадбирларини такомиллаштириш

71 Влияние формы и положения языка на состояние зубочелюстной системы у детей

Содержание

ГИГИЕНА, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ, ИСТОРИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

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

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

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

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

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

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

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

Хасанов А.И., Хакимов А.А. Пастки жаг суяги синишида комплекс даволаш тадбирларини такомиллаштириш.....33

Боймурадов Ш.А., Каримбердиев Б.И. Юз суякларининг қўшма жароҳатларида бурун ёндош бўшлиқлари жароҳатларини эрта ташхислаш **39**

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

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

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

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

Content

HYGIENE, EPIDEMIOLOGY, ORGANIZATION, HISTORY AND EXPERIMENTAL SECTION

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

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

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

THERAPEUTIC DENTISTRY

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

SURGICAL DENTISTRY

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Аннотация. Исследование основано на ретроспективных и проспективных данных, полученных в результате наблюдения больных с различной выраженностью патологии ДСТ+хронической генерализованной пародонтитом (ХГП) - 104 больной из них с ДДСТ (синдромом Марфана+ХГП) -56 (1-я группа), с НДСТ+ХГП -48 (2-я группа) человек находившихся под диспансерным наблюдением в отделениях республиканского скрининг центра Узбекистана. Результаты исследований позволяют утверждать, что у пациентов с ДСТ в тканях пародонта присутствуют изменения, характерные для пародонтальной патологии тяжёлой степени, при этом течение ХГП тяжелой степени у лиц молодого и среднего возраста имеет гендерные различия, и, что высокая интенсивность кариозного процесса у пациентов молодого и среднего возраста без воспалительной патологии пародонта, особенно у пациентов с синдромом Марфана, может служить диагностическим критерием снижения МПК.

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

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

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

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

https://doi.org/10.34920/2091-5845-2021-90
УДК: 612.313.5

ЛЕЧЕНИЕ РЕАКТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

Иноятов А.Ш., Жумаев Л.Р., Хамраев С.Ж.
Бухарский государственный медицинский институт
Бухарский областной многопрофильний медицинский центр

Актуальность. Известно, что лечение патологии слюнных желез является одной актуальных проблем стоматологии. Большинство исследователей отмечают тесную взаимосвязь хронических воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез с патологией

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

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

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

Материалы и методы.

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

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

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

Таблица 1

Упражнения ЛФК, рекомендуемые при реактивно-дистрофической патологии слюнных желез

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

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

Таблица 2

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

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

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

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

Результаты и их обсуждение

Анализ клинической симптоматики сиалозов позволил разработать способ оценки степени тяжести клинического течения реактивно-дистрофической патологии слюнных желез, а также методику для оценки эффективности проведенных лечебно-профилактических мероприятий.

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

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

Таблица 3

Динамика жалоб больных с реактивно-дистрофическими заболеваниями в процессе лечения

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

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

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

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

Если до проводимого лечения у 35 больных (53,8%) отмечалась постоянная сухость в полости рта, то периодические проявляющая сухость во рту было отмечено у 31 (47,7%) больных. Если постоянная сухость в полости рта имел место у больных 2 группы у 8 (26,7%) больных, то сухость рта периодического характера имела место у (0%) больных.

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

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

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

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

При изучении сиалометрии смешанной слюны у обследуемых больных наблюдалась положительная динамика изучаемых показателей (рис.1).

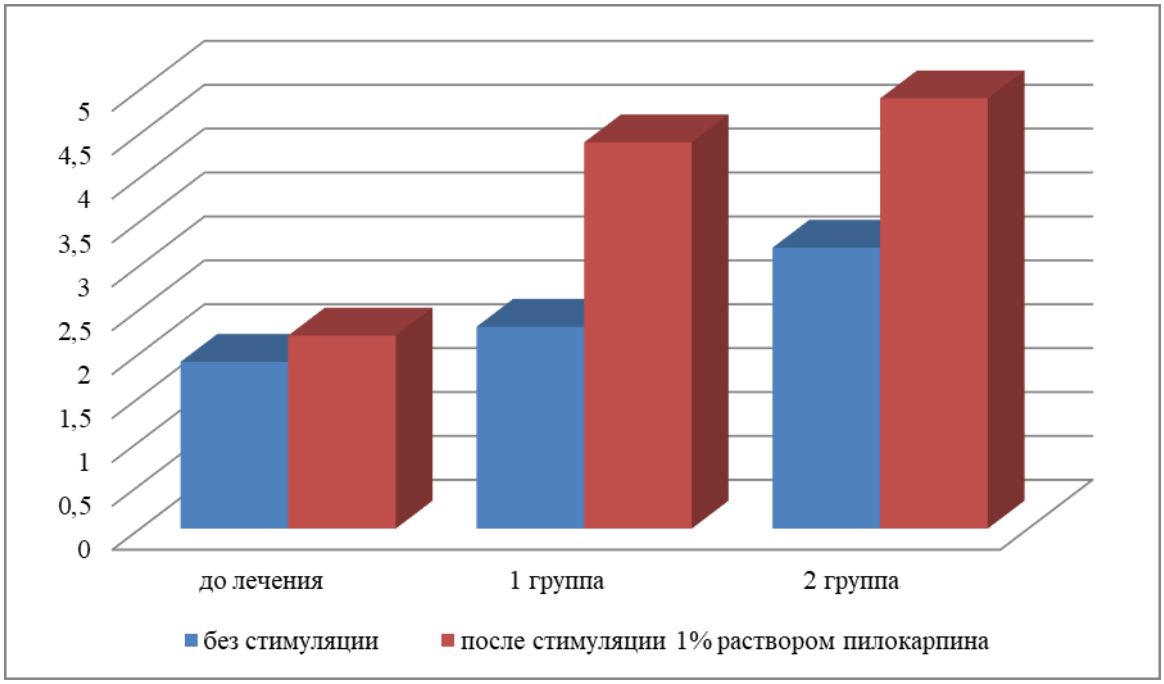


Рис.1. Показатели сиалометрии смешанной слюны (мл) до и после лечения

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

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

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

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

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

– общее состояние больного: удовлетворительное

– 0 баллов; слабость - 1 балл; слабость, недомогание

– 5 баллов;

– размеры слюнных желез: без видимой патологии

– 0 баллов; признаки увеличения одной слюнной железы (в том числе симметричное) - 1 балл; сочетанное увеличение нескольких слюнных желез, в том числе одновременно со слёзными железами - 5 баллов;

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

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

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

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

Эффективность (%) = 100 (А - В) / А,

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

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

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

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

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

Резюме

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

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

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

Summary

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

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

Резюме

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

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

Литература

1. Афанасьев В.В., Абдусаламов М.Р., Мешков В.М., Брестовицкий С.М; Слюннокаменная болезнь: диагностика и лечение с использованием сиалолитотрипсии /Под общей ред. В.В.Афанасьева. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ. - 2003.- 96 с.

2. Балуда В.П., Соколов Е.И., Балуда М.В. и др. Манжеточная проба в диагностике состояния сосудистого звена системы гемостаза // Гематол. и трансфузиол. -1987; 9: 51-53.

3. Блинова Т.В. Тромбоцитарно-сосудистый, коагуляционный гемостаз и реологические свойства крови у больных с эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки. Автореф. дисс... канд. мед. наук. Саратов. 1999; 20 с.

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

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

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

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

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

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

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

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

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