

STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2091-5845

№ 1, 2024 (94)



31

ЦВЕТОВАЯ ГАММА И СТЕПЕНЬ МИНЕРАЛИЗАЦИИ ПОСЛЕ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ

51

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРЕКРЕСТНОЙ ОКЛЮЗИЕЙ

60

БИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ
В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ИСТОРИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY, HISTORY AND EXPERIMENTAL SECTION

Ризаев Ж. А., Тўхтаров Б. Э. Валиева М.У.
Шифокор стоматологлар организмнинг
функционал ҳолатини иш ҳафтаси
динамикасида ўзгариши 5

Хасанов А.И., Аббосов О.М.
Эпидемиологические аспекты травм челюстно-
лицевой области среди населения города
Самарканда 8

**Махкамов М.Э., Артикбаев М.Б.,
Муртазаев С.С., Нигматов Р.Н., Юлдашев
Т.А., Тулаганов Б.Б.** Приоритеты совре-
менных методов компьютерных технологий
для реабилитации детей с врожденной рас-
щелиной верхней губы и неба в Республике
Каракалпакстан 13

Rizaev Zh. A., Tokhtarov B. E. Valieva M. Yu.
Changes in the functional state of the body
of doctors and dentists in the dynamics of the
working week 5

Xasanov A.I., Abbosov O.M. Epidemiological
aspects of injuries of the maxillofacial
region among the population of the city
of Samarkand 8

**Makhkamov M.E., Artikbaev M.B.,
Murtazaev S.S., Nigmatov R.N., Yuldashev
T.A., Tulaganov B.B.** Priorities of modern
computer technology methods for the
rehabilitation of children with congenital
cleft lip and palate in the Republic of
Karakalpakstan 13

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

THERAPEUTIC DENTISTRY

**Олимов С.Ш., Шарипова Г.И., Ходжаева
Д.И.** TORCH инфекцияси билан касалланган
беморларда герпетик стоматитни текшириш
усуллари 18

Раджабова А.Ф., Шадиева Ш.Ш.
Сурункали тарқалган пародонтитнинг
ошқозон-ичак яра касалликлари кечиши
фонидаги беморларни текширишда
фойдаланилган тадқиқот усуллари 24

**Ирсалиева Ф.Х., Валиева Ф.А., Фархадова
Н.В.** Цветовая гамма и степень минерализации
после профессионального отбеливания
зубов 31

**Olimov S.Sh., Sharipova G.I.,
Khodzhaeva D.I.** Methods for
examining TORCH-infected patients with
herpetic stomatitis 18

Radjabova A.F., Shadieva Sh.Sh.
Research methods used in the examination
of patients with chronic diffused
periodontitis gastrointestinal on the ulcer
disease 24

**Irsaliev F.H., Valieva F.A., Farkhadova
N.V.** Color scheme and degree of
mineralization after professional teeth
whitening 31

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

SURGICAL DENTISTRY

**Boymuradov Sh.A., Ro'zibaev D.R.,
Narmurotov B.K.** Yuqori jag' bo'shlig'i tubi
perforatsiyasini keltirib chiqaruvchi sabablari. 34

Хасанов А.И., Собиров Ф.Г. Остеонекроз
верхней челюсти после применения
десоморфина и их лечения 38

**Боймуратов Ш.А., Рузибаев Д.Р.
Курбанов Ё.Х.** Юқори жағ бўшлиғи туби
перфорацияси даволаш натижалари 43

**Boymuradov Sh.A., Rozibaev D.R.,
Narmurotov B.K.** Causes of perforation of the
floor of the maxillary cavity 34

Khasanov A.I., Sobirov F.G. Osteonecrosis
of the upper jaw after the use of desomorphine
and their treatment 38

**Boymuradov Sh.A., Ruzibaev D.R. Kurbanov
Yu.Kh.** Results of treatment of perforation of the
maxillary floor 43

ЮҚОРИ ЖАҒ БЎШЛИҒИ ТУБИ ПЕРФОРАЦИЯСИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ



Боймуратов Ш.А., Рузibaев Д.Р. Курбанов Ё.Х.

Тошкент тиббиёт академияси

Кириш. Бундан бир неча йиллар олдин юқори жағ бўшлиғи яллиғланишлари ва юқори жағ бўшлиғи туби перфорацияларини даволашни алоҳида олиб боришган, олдин оторинолорингологлар юқори жағ бўшлиғи яллиғланишини даволашган кейин эса жарроҳ стоматологлар юқори жағ бўшлиғи туби перфорациясини бартараф қилишган [3]. Кейинчалик оторинолоринголог ва хирург стоматологлар бир вақтни ўзида (гайморотомия ва юқори жағ бўшлиғи туби перфорация оқма йўллари бартараф қилиш) даволаш жараёнларини ўтказишган ва яхши натижаларга эришишган [4-8].

Н.А. Груздев такидлашича, агар тиш суғириб олиш пайтида юқори жағ бўшлиғи туби тешилиб қолгудек бўлса, муаллиф фикрича тиш катагини кон лахтаги билан тўлдириб вестибуляр тамондан ўтув бурмадан лахтак олиб тиш ўрнини жарроҳ моҳирлик билан тикиб қўйса жарохат ўзи битиб кетишини такидлайди [1]. Яна муаллиф такидлашича бундай усулда тиш катаклари орасидаги септумларга жарохат етган бўса бу усул кам самарадорлик кўрсатишини такидлайди [2,9].

Бу усулни катта камчилиги тиш катакчасига қўйилган йодоформ турунда кон ва сўлак билан бўкиб ивиши, буни натижасида тиш катакчасини уч қисмидаги кон лахтагини ивишига олиб келиши ва микроорганизмларни юқори жағ бўшлиғига тарқалишига олиб келиши мумкин [5]. Бундай ҳолларда юқори жағ бўшлиғи туби соҳасида оқма йўл пайдо бўлишига олиб келади.

Юқори жағ бўшлиғи туби (ЮЖБТ) перфорациясини бартараф қилишда оқма йўлни

кесиш ва радикал гаймаротомия асосий жарроҳлик усули бўлган [10-11]. Юқори жағ радикал синусотомия амалиётини ўтказишда тўпланган катта клиник тажриба, ушбу усулнинг жиддий камчиликларини аниқлади. Кўпгина маҳаллий ва хорижий муаллифлар радикал синусотомия учун кўрсатмаларни қисқартириш зарурлигини асослаб беришди.

Илмий ишнинг **мақсади** - юқори жағ бўшлиғи туби перфорацияси даволаш натижаларини баҳолаш.

Натижалар. Беморларимизни барчасида анъанавий даволаш муолажалари ўтказилди. Биринчидан госпитал даво режаларини қабул қилишган ва беморларимизни деярли барчасида радикал операциялар қилинган.

Калдвелл-Люк бўйича юқори жағ бўшлиғини радикал операциясининг кетма-кетлигини кўриб чиқамиз.

Биринчидан, оғиз бўшлиғи вестибуласи ҳудудида шиллиқ қаватда кесма қилинади. У трапетциясимон шаклда бўлиши керак ва трапетциянинг юқори қисми сабабчи тиш соҳасини ташкил қилади. Кейинчалик, юқори жағ бўшлиғини олд девор қисмида мукопериостеал қопқоқ кесилади ва юқори жағ бўшлиғи олд девори очилади.

Патологик жиҳатдан ўзгартирилган шиллиқ қават, грануляция тўқималари ва соғлом тўқималар ичидаги полиплар юқори жағ бўшлиғидан чиқарилади. Яъна шунингдек юқори жағ бўшлиғидан бегона жисмлар ҳам чиқарилади. Пастки бурун йўли соҳасида (медиал - бурун - синус девори) (соустик) тешик очилади. ЮЖБТ йодоформга намланган узун тампон билан тампонланади, унинг учи

бурун пастки йўлига соустик орқали чиқарилади. бурун бўшлиғига анастомоз. Ушбу тампон операциядан кейинги 3- 4 кунлар олиб ташланади. Бунда жарроҳлик амалиётида южбт перфарациясига сабабчи бўлган олиб ташланган тишни олиб ташлаш лозим, агар у илгари олиб ташланмаган бўлса, сабабчи тиш олиб ташланади. Кейин сабабчи тиш соҳасидаги вестибуляр лаҳтак жойига қўйилади ва яра маҳкам тикилади.

Радикал операциядан кейинги 3 чи кун бурун орқали йодоформ тампон чиқарилади. Чоклар 7-10 кун ичида, одатда қисмларда олиб ташланади.

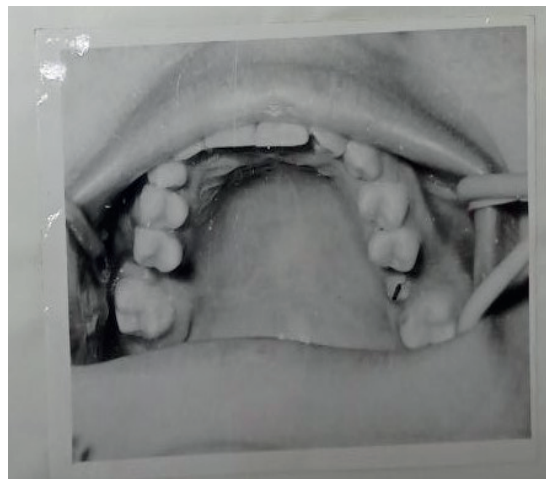


Расм 1. ЮЖБТ перфорациясида Маҳкамов Эргаш Убайдуллаев усули бўйича бартараф қилишни, илдизни фиксация қилиш босқочи.

Бу расимимиздан шуни кўришимиз мумкинки тайёрлаб олинган илдиз фракциясини юқори жағ бўшлиғи туби билан перфорация келтириб чиқарган илдиз қисмга фиксация қилиш жараёни (расм 2). Бу усулни бажаришнинг техникасини ўзига ҳос қийинчиликларидан бири шу босқич ҳисобланади. Бунда тиш илдизи бўлагини кўшимча сим проволкалари ёрдамида фиксация қилиш лозим бўлади.

Юқори жағ бўшлиғи туби перфорациясини бартараф қилиш учун яъна бир бошқа усулда перфорация соҳасини ёпиш учун бурун пастки йўлини шиллиқ қаваитидан лаҳтак олиниб тунел усулаида олиб келиниб тиш ка-

Юқори жағ бўшлиғини туби перфорациясини бартараф қилишга қаратилган операцияни модификацияланган турларидан бизни юртимизда биринчи бўлиб Маҳкамов Эргаш Убайдуллаевич таклиф қилган ва амалиётга тадбиқ қилган (расм 1,2). Бунда перфорацияга сабабчи тиш суғуриб олиниб. Перфорацияга сабабчи бўлган илдизни зараланган уч қисми кесиб олиниб тиш илдизини бўйин қисмлари сақлаб қолинади. Одатдаги усулда юқори жағ бўшлиғини радикал операцияси барча босқичлари ўтқазилади ва илдиз қисмини герметик ёпиш мақсадида суғуриб олиниб кесиб тайёрланган илдиз тиш катаги ўрнига жойланади.



Расм №2. ЮЖБТ перфорациясида Маҳкамов Эргаш Убайдуллаев усули бўйича бажарилган амалиётдан кейин илдиз бўлакчасини кўриниши.

таги соҳаси тикилади. Яъна бир бошқа олим ўзини илмий ишида тиш соҳасидаги нуксонни бартараф қилиш учун беморни киндик терисидан фойдаланишни таклиф қилади.

ЮЖБТ перфорацияларини одатий усулда бартараф қилишда бизни клиникамизда бажарилган ишлардан бир вазият.

Хулоса. Бу турдаги беморларимизни даволаш учун бевосита бемор ўз ёнидан ҳар хил турдаги анализлар ва қўшимча рентгенологик текширишларга. тўлайдиган пул маблағлари ва давлат тамонидан кетказиладиган умумий ҳаражатлар кўшиб ҳисобланганда, бир кунига ўртача 1911000 сўм миқдорида ҳаржат кет-

кизилади. Бунда йўл учун ва кетгазган вақтларига ҳам бунда пул харажатларини ўртача ҳисоби қўшиб ҳисобланади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Brandstaetter T. et al. Perforating dental implants and maxillary sinus pathology //Oral and Maxillofacial Surgery. – 2023. – С. 1-7.
2. Cortes A. R. G. et al. Sinus floor bone failures in maxillary sinus floor augmentation: A case-control study //Clinical implant dentistry and related research. – 2015. – Т. 17. – №. 2. – С. 335-342.
3. Díaz-Olivares L. A. et al. Management of Schneiderian membrane perforations during maxillary sinus floor augmentation with lateral approach in relation to subsequent implant survival rates: a systematic review and meta-analysis //International Journal of Implant Dentistry. – 2021. – Т. 7. – С. 1-13.
4. Khorguani A. M. et al. Influence of anatomical factors on maxillary sinus membrane perforation during sinus floor augmentation surgery //Archiv Euromedica. – 2019. – Т. 9. – С. 164-166.
5. Krennmair S. et al. Risk Factor Analysis Affecting Sinus Membrane Perforation During Lateral Window Maxillary Sinus Elevation Surgery //International Journal of Oral & Maxillofacial Implants. – 2020. – Т. 35. – №. 4.
6. Marin S. et al. Potential risk factors for maxillary sinus membrane perforation and treatment outcome analysis //Clinical Implant Dentistry and Related Research. – 2019. – Т. 21. – №. 1. – С. 66-72.
7. Pizzini A. et al. The impact of anatomic, patient and surgical factors on membrane perforation during lateral wall sinus floor elevation //Clinical Oral Implants Research. – 2021. – Т. 32. – №. 3. – С. 274-284.
8. Schwarz L. et al. Risk factors of membrane perforation and postoperative complications in sinus floor elevation surgery: review of 407 augmentation procedures //Journal of oral and maxillofacial surgery. – 2015. – Т. 73. – №. 7. – С. 1275-1282.
9. Shao Q. et al. Risk factors for sinus membrane perforation during lateral window maxillary sinus floor elevation surgery: a retrospective study //Clinical implant dentistry and related research. – 2021. – Т. 23. – №. 6. – С. 812-820.
10. Testori T. et al. Perforation Risk Assessment in Maxillary Sinus Augmentation with Lateral Wall Technique //International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry. – 2020. – Т. 40. – №. 3.
11. von Arx T. et al. Perforation of the maxillary sinus floor during apical surgery of maxillary molars: a retrospective analysis using cone beam computed tomography //Australian Endodontic Journal. – 2020. – Т. 46. – №. 2. – С. 176-183.

Аннотация. Юқори жағ бўшлиғи яллиғланишларида ороантрал боғланишлар асосий сабабчи бўлиб қолмоқда, агарда юқори жағ бўшлиғида яллиғланишлар бўлса ороантрал боғланишлар уни яна ҳам ривожлантирувчи фактор ҳисобланади. Баъзи бир олимларни фикрича юқори жағ бўшлиғи яллиғланишларида агарда ёт жисм бўлмасдан перфорация кузатилса уларни бартараф қилишни қанча вақтли баратараф қилинса шунча яхши бўлишни такидлашади. Баъзи бир олимлар фикрича аксинча 1.5 ойдан 12 ойгача кечиктириб радикал усулда бартараф қилишларни таклиф қилишади. Кўпгина хорижий ва шунингдек маҳаллий муаллифоларни такидлашича юқори жағ бўшлиғи яллиғланишлари ва юқори жағ бўшлиғи туби перфорацияларида нафақат радикал операциялар балки бир вақтни ўзида перфорациялар ва окма йўлларни бартараф қилишни такидлашади.

Калит сўзлар: юқори жағ бўшлиғи яллиғланиш, юқори жағ бўшлиғи туби перфорацияси, окма.

Аннотация. При воспалениях полости верхней челюсти основной причиной остаются ороантральные связки, при воспалении в полости верхней челюсти ороантральные связки становятся фактором, способствующим его дальнейшему развитию.

По мнению некоторых ученых, при воспалении полости верхней челюсти, если наблюдается перфорация инородным телом, чем раньше ее устранить, тем лучше. По мнению некоторых ученых, радикальное удаление рекомендуется отложить на срок от 1,5 до 12 месяцев. Многие зарубежные, а

также отечественные авторы при воспалении верхнечелюстной полости и перфорациях дна верхнечелюстной полости подчеркивают не только радикальные операции, но и одновременное устранение перфораций и свищей.

Ключевые слова: воспаление верхнечелюстной полости, перфорация дна верхнечелюстной полости, свищ.

Annotation. In case of inflammation of the cavity of the upper jaw, the main cause remains the oroantral ligaments; in case of inflammation in the cavity of the upper jaw, the oroantral ligaments become a factor contributing to its further development. According to some sci-

entists, in case of inflammation of the cavity of the upper jaw, if perforation by a foreign body is observed, the sooner it is eliminated, the better. According to some scientists, it is recommended to postpone radical removal for a period of 1.5 to 12 months. Many foreign, as well as domestic authors, in case of inflammation of the maxillary cavity and perforations of the bottom of the maxillary cavity, emphasize not only radical operations, but also the simultaneous elimination of perforations and fistulas.

Key words: inflammation of the maxillary cavity, perforation of the bottom of the maxillary cavity, fistula.

Ортодонтия

УДК: 616.314.26-007.26-073.75-053.4/6

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ОТКРЫТЫМ ПРИКУСОМ



Аралов М.Б., Нигматов Р.Н., Шаамухаммедова Ф.А.
Кафедра Ортодонтии и зубного протезирования ТГСИ

Открытый прикус относится к вертикальным аномалиям прикуса по данным ученых Республики Узбекистан [6-11] среди детей раннего сменного периода составляет 1,94%. А рентгенологические методы исследования позволяют определить тип открытого прикуса.

Цель исследования: определить важность рентгенологического исследования для диагностики и правильного лечения пациентов с открытым прикусом.

Материал и методы исследования: для решения данной цели и задачи исследования были отобраны 22 дети (мальчиков 8, девочек 14) в возрасте от 6 до 14 лет, которые обратились в поликлинику ортодонтии

Ташкентского государственного стоматологического института в 2022-2023 гг., с диагнозом открытый прикус.

Были использованы следующие методы исследования: клинические, антропометрические, фотометрические и рентгенологические методы исследования [1,4]. Из рентгенологических методов были проведены ортопантомографические, а также телерентгенографические исследования в боковой проекции для постановки точного диагноза [1-5]. У больных при ТРГ исследовании в боковой проекции были выявлены изменения, которые характеризовались увеличением гонимальных и базальных углов (рис. 1,2).