Ўзбекистон Стоматологлар Ассоциацияси

ISSN 2091-5845

«Stomatologiya» - илмий-амалий журнал 1998 йилда асос солинган
Ўзбекистон матбуот ва ахборот агентлиги томонидан 15 август 2007 йилда қайта рўйхатга олинган.
Гувоҳнома № 0289.

STOMATOLOGIYA
№ 4, 2023 (93)

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.

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 котиблар: т.ф.н. Усмонов Ф.К.
т.ф.д., проф. Жуматов У.Ж.

ТАҲРИРИЯТ ҲАЙЪАТИ
Ando Masatoshi – АҚШ
Baek il Kim – Жанубий Корея
Daisuke Inaba – Япония
Elbert de Josselin de long – Голландия
Jin Young Choi– Жанубий Корея
Peter Botenberg – Белгия
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.
Амануллаев Р.А., т.ф.д., проф.
Бекжанова О.Е., т.ф.д., проф.
Ғаффоров С.А., т.ф.д., проф.
Даминова Ш.Б., т.ф.д., проф.
Иноятов А.Ш., т.ф.д., проф.
Ирсалиев Х.И., т.ф.д., проф.
Колбаев А.А. (Қирғизистон), т.ф.д., проф.
Комилов Х.П., т.ф.д, проф.
Маргвелашвили В.В. (Грузия) т.ф.д., проф.
Мухамедов И.М., т.ф.д., проф.
Нигматова И.М., т.ф.н., доцент
Ризаев Ж.О., т.ф.д., проф.
Рузудинов С.Р. (Қозоғистон), т.ф.д., проф.
Тоиров У.Т. (Тожикистон), т.ф.д., проф.
Токаревич И.В. (Беларусия), 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., доц.
Юлдошев И.М. (Қирғизистон), т.ф.д., проф.

ТАҲРИРИЯТ 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.
Исмоилов М.М. (Фарғона)
Кисельникова Л.П. (Россия), т.ф.д., проф.
Қурбонов Ф.Р. (Хоразм)
Тулаганов Б.О. (Тошкент вилояти)
Узакберганова У.А. (Нукус)
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.

Ассоциация Стоматологов Узбекистана

«Stomatologiya» - научно-практический журнал.
Основан в 1998 году.
Зарегистрирован повторно Агентством печати и информации Республики Узбекистан 15 августа 2007 г. Свидетельство № 0289.

ISSN 2091-5845

STOMATOLOGIYA
№ 4, 2023 (93)

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Решением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Кабинете Министров Республики Узбекистан журнал «Stomatologiya» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Республике Узбекистан, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора наук *(Утверждено Постановлением Президиума ВАК РУз. № 201/3 от 30 декабря 2013 года).*

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
100048, Республика Узбекистан,
г. Ташкент, ул. Махтумкули, 103
тел.: +99871-236-26-75;
факс: +99871-230-47-58
Адрес в Интернете:
stomjurnal.tibbiyot.com.

Дизайн, компьютерный набор и верстка Е.Алексеев
Редактор О.А.Козлова
Цена журнала договорная.

Публикация рекламы на коммерческой основе.
За правильность рекламного текста ответственность несет рекламодатель. Рекламодатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу не зарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения.
Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются.
Авторы и редакционная коллегия несут ответственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имён и фамилий.

Главный редактор: д.м.н., проф. Р.Н. Нигматов
Ответственные секретари: т.ф.н. Усмонов Ф.К.
д.м.н., проф. У.Д. Джуматов

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Ando Masatoshi – США
Baek il Kim – Южная Корея
Daisuke Inaba – Япония
Elbert de Josselin de long – Голландия
Jin Young Choi– Южная Корея
Peter Botenberg – Бельгия
Абдуллаев Ш.Ю., д.м.н., проф.
Азимов М.И., д.м.н., проф.
Акбаров А.Н., д.м.н., проф.
Алиева Р.К. (Азербайджан), д.м.н., проф.
Амануллаев Р.А., д.м.н., проф.
Бекжанова О.Е., д.м.н., проф.
Гаффаров С.А., д.м.н., проф.
Даминова Ш.Б., д.м.н., проф.
Иноятов А.Ш., д.м.н., проф.
Ирсалиев Х.И., д.м.н., проф.
Калбаев А.А. (Кыргызстан), д.м.н., проф.
Комилов Х.П., д.м.н., проф.
Маргвелашвили В.В. (Грузия), д.м.н., проф.
Мухамедов И.М., д.м.н., проф.
Нигматова И.М., к.м.н., доцент
Ризаев Ж.А., д.м.н., проф.
Рузуддинов С.Р. (Казахстан), д.м.н.., проф.
Таиров У.Т. (Таджикистан), д.м.н., проф.
Токаревич И.В. (Белоруссия), д.м.н., проф.
Трунин В.А. (Россия), д.м.н., проф.
Хабилов Н.Л., д.м.н., проф.
Хасанов А.И., д.м.н., доц.
Юлдашев И.М. (Кыргызстан), д.м.н., проф.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ
Абдукадыров А.А. (Ташкент), д.м.н., проф.
Баймуродов Ш.А. (Ташкент), д.м.н., проф.
Гулямов С.С. (Ташкент), д.м.н., проф.
Исмаилов М.М. (Фергана)
Кисельникова Л.П. (Россия), д.м.н., проф.
Курбанов Ф.Р. (Харезм)
Туляганов Б.О. (Ташкентская обл.)
Узакберганова У.А. (Нукус)
Хасанова Л.Э. (Ташкент), д.м.н.
Худанов Б.О. (Ташкент), д.м.н.
Шукурова У.А., (Ташкент), д.м.н.
Юлдашев А.А. (Ташкент), д.м.н.

Содержание

ОРГАНИЗАЦИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ИСТОРИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

Мирзарахимова К.Р., Нурмаматова К.Ч., Камилов А.А., Рахмонов Т.О., Махмудова М.Х. Роль медсестер в медико-социальной реабилитации инвалидов..... 5

Мирзарахимова К.Р. Болаларда туғма аномалияларнинг тарқалганлиги ва уларни олдини олишда патронаж ҳамширасининг роли. 10

Хаджиметов А.А., Ахмадалиев Н.Н., Рустамова С.М. Пародонт касалликлари билан касалланган беморлар оғиз суюқлигида цитокинлар миқдорининг ўзгаришини бахолаш 16

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Камилов Х.П., Мусаева К.А., Кадырбаева А.А., Каххарова Д.Ж. Диагностика предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта на фоне гальваноза 20

Валиева Ф.А., Ирсалиева Ф.Х., Ирсалиева Ф.Х. Изменение цитокинового баланса слюны после профессионального отбеливания зубов23

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Мирхусанова Р.С., Шомуродов К.Э., Журакулов Н.Ш. Сравнительная оценка результатов формирования десневого контура в зависимости от метода коррекции параметров мягких тканей вокруг дентальных имплантатов..... 27

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Курязов А.К., Олимов С.Ш. Показатели ортопедического статуса женщин фертильного возраста 31

Сафаров М.Т., Бурибаева М.Г., Ташпулатова К.М., Сафарова Н.Т. К вопросу патогенеза протезных стоматитов у лиц пожилого и старческого возраста..... 40

Акбаров А.Н., Абдукадиров М.О. Анализ качества стабильности дентальных имплантатов у больных после устранения дефектов нижней челюсти вследствие хирургической резекции опухолевых новообразований 45

Content

ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY, HISTORY AND EXPERIMENTAL SECTION

Mirzaraximova K.R., Nurmamatova Q.Ch., Kamilov A.A., Rahmonov T.O., Maxmudova M.X. The role of nurses in the medical and social rehabilitation of the disabled.....5

Mirzaraximova K.R. The prevalence of congenital anomalies in children and the role of the care nurses in their prevention 10

Khadzhimetov A.A., Akhmadaliev N.N., Rustamova S.M. Assessment of changes in the content of cytokines in the oral fluid of patients with periodontal diseases 16

THERAPEUTIC DENTISTRY

Kamilov K.P., Musaeva K.A., Kadyrbaeva A.A., Kakhharova D.Zh. Diagnosis of precancerous diseases of the oral mucosa against the background of galvanosis 20

Valieva F.A., Irsalieva F.Kh., Irsalieva F.Kh. Changes in the cytokine balance of saliva after professional teeth whitening 23

SURGICAL DENTISTRY

Mirkhusanova R.S., Shomurodov K.E., Jurakulov N.Sh. Comparative evaluation of the results of gingival contour formation depending on the method of correction of soft tissue parameters around dental implants.....27

ORTHOPEDIC DENTISTRY

Kuryazov A.K., Olimov S.Sh. Indicators of orthopedic status of women of fertile age.....31

Safarov M.T., Buribaeva M.G., Tashpulatova K.M., Safarova N.T. On the issue of the pathogenesis of prosthetic stomatitis in elderly and senile people.....40

Akbarov A.N., Abdukadirov M.O. Analysis of the quality of the stability of dental implants in patients with mandibular defects obtained after tumors resection.....45

ОРТОДОНТИЯ

Джумаев Х.Д.[1], Щетинина Л.Н.[2], Аманов Б.[1], Сердаров Б.А.[1] Клинико-гистоморфометрические характеристики слизистой оболочки десны у детей с зубочелюстными аномалиями..... 49

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Дусмухамедова Х.К., Азимов М.И. Информационая диагностическая карта обследования детей больных острым одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти 58

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Таиров У.Т., Сироджидинов Ш.Б., Джумаев Ш.М., Тоиров М.У. К вопросу о лечении больных с аномалиями и деформациями средней зоны лицевого черепа..... 64

Ikramov G.A., Abdukhakimova D.A., Omonov A.I. Modern view on the etiology and pathogenesis of abscesses and phlegmons of the maxillofacial area 70

Икрамов Г.А., Халманов Б.А., Бобоназаров Н.Х. Раннее ортодонтическое лечение детей с двусторонней расщелиной верхней губы и нёба..... 75

ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Махкамова Н.Э., Набиева Д.М., Балтабаев О.К. Ведение детей с врожденной расщелиной нёба..... 82

Абдуқодиров Э.И., Буранова Д.Д., Иноятова С.О. Паркинсон касаллигини реабилитациясида биологик фаол нуқталарни қўллаш 85

ORTHODONTICS

Dzhumaev Kh.D., Shchetinina L.N., Amanov B.B, Serdarov B.A. Clinical and histomorphometric characteristics of the gingival mucosa in children with dental anomalies.....49

PEDIATRIC DENTISTRY

Dusmukhamedova H.K., Azimov M.I. Information diagnostic card for the examination of children with acute odontogenic osteomyelitis of the mandible 58

REVIEWS

Tairov U.T., Sirojidinov Sh.B., Jumaev Sh.M., Toirov M.U. The issue of treatment methods for patients with anomalies and deformations of the middle zone of the facial skull 64

Икрамов Г.А., Абдухакимова Д.А., Омонов А.И. Современный взгляд на этиологию и патогенез абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области 70

Ikramov G. A., Halmanov B.A., Bobonazarov N.X. Early orhodontic treatment in the of children with bilateral cleft lip and palate 75

THE PROBLEMS OF RELATED SPECIALITIES

Makhkamova N.E., Nabieva D.M., Baltabaev O.K. Management of children with congenital cleft palate.....82

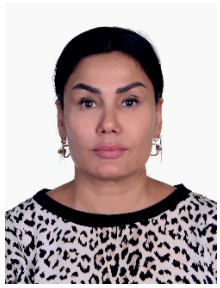
Abdukadirov E.I., Buranova D.D., Inoyatova S.O. The use of biologically active points in the rehabilitation of Parkinson's disease.....85

Организация, эпидемиология, история и экспериментальный раздел

УДК: 616-007.234:614.8.02-614.8.026.1-053.2

NOGIRONLARGA KO‘RSATILAYOTGAN TIBBIY-IJTIMOIY REABILITATSIYADA HAMSHALARNING ROLI



Mirzaraximova K.R., Nurmamatova Q.Ch., Kamilov A.A., Rahmonov T.O., Maxmudova M.X.
Тошкент давлат стоматология институти

Tibbiyot hamshiralari birlamchi tibbiy yordam ko‘rsatuvchi bo‘lib, ular oilalarning barcha sog‘liqdagi muammolari bilan shug‘ullanadi. Bu ularga vaqt o‘tishi bilan rasmiy va norasmiy kuzatishlar asosida bemorni batafsil tavsiflash imkoniyatini beradi, ular buni bolalar bilan kamroq vaqt o‘tkazadigan poliprofessional jamoa a’zolari bilan baham ko‘rishlari mumkin [6]. Hamshiraning asosiy funksional vazifalari tibbiy reabilitatsiyani amalga oshirishdan iborat bo‘lib, u dori-darmonlar bilan davolash (shifokorlarning tibbiy ko‘rsatmalarini bajarish, tibbiy manipulyatsiyalar: inyeksiya, bog‘lash va boshqalar, shoshilinch kasalxonaga qadar tibbiy yordam ko‘rsatish), dori-darmonsiz terapiya (sog‘lomlashtirish va reabilitatsiya tadbirlarini tashkil etish: fizioterapiya, gidroterapiya, massaj, DJT), shuningdek profilaktika tadbirlari (yuqumli va ijtimoiy ahamiyatga ega kasalliklarning oldini olish choralari) kiradi [4].

Tadqiqot maqsadi: Nogironlarga ko‘rsatilayotgan tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiyada zamshalarning rolini aniqlash.

Material va usullar

30-psixonevrologiya maktab-internatida reabilitatsiya xizmatlarini olayotgan nogironlar o‘rtasida so‘rov o‘tkazildi [1]. Bemorlarning hamshiralarning ish sifati to‘g‘risidagi fikrini o‘rganish uchun reabilitatsiyadan o‘tgan 600 nogirondan 300 nafari (shizofreniya tufayli 154 kishi va aqliy zaiflik, yengil va o‘rtacha darajadagi 146 kishi) sotsiologik tadqiqotda ishtirok etdi. Sotsiologik so‘rovga kiritilgan 300 nafar nogironning 73,4% erkaklar, 26,6% ini ayollar tashkil etadi. Respondentlarning yosh xususiyatlari (1-jadval) shuni ko‘rsatdiki, barcha respondentlar orasida 31 yoshdan 40 yoshgacha bo‘lgan nogironlar katta qismini tashkil qildi – 27,3%. Erkaklar guruhida bu yosh toifasi ham boshqalarga qaraganda kattaroq va 29% ni tashkil etdi.

1-jadval

Psixonevrologik maktab-internatida kompleks reabilitatsiya olayotgan nogironlarning jinsi va yosh xususiyatlari, abs. (%)

Yoshi	Jinsi		Jami
	erkak	ayol	
30 yoshdan kichik	36 (16,4)	12 (15,0)	48 (16,0)
31-40 yosh	64 (29,0)	18 (22,5)	82 (27,3)
41-50 yosh	40 (18,2)	22 (27,5)	62 (20,7)
51-60 yosh	52 (23,7)	14 (17,5)	66 (22,0)
60 yoshdan katta	28 (12,7)	14 (17,5)	42 (14,0)
Jami so‘rovnomada ishtirok etganlar	220 (73,4)	80 (26,6)	3 00(100,0)

Ayollar guruhida eng katta yosh toifasi 41 yoshdan 50 yoshgacha bo‘lgan nogironlar, ya’ni 27,5% [3,5].

So‘rovnomada nogironlar guruhida shizofreniya tufayli nogiron bo‘lganlar - 154 kishi (51,3%) va aqliy zaiflik, yengil va o‘rtacha - 146 kishi (48,7%) qatnashgan. Shizofreniya tufayli nogiron bo‘lganlarning umumiy sonining asosiy guruhini 51 yoshdan 60 yoshgacha bo‘lgan odamlar tashkil etganligi ishonchli ahamiyatga ega - 37,7%. Aqli zaif nogironlar orasida 31 yoshdan 40 yoshgacha bo‘lganlar 42,5% ni tashkil etdi ($p<0,05$).

Reabilitatsiyadan o‘tgan nogironlarning yashash muddati o‘rganildi. Psixo-nevrologik maktab-internatda shizofreniya tufayli nogiron bo‘lganlarning eng katta guruhini 10 yilgacha - 32,5%, 15 yilgacha - 31,2% bo‘lgan shaxslar tashkil etdi. Aqli zaifligi sababli nogironlar orasida psixo-nevrologik maktab-internatda 15 yilgacha bo‘lgan shaxslar ko‘p - 36,9%.

Reabilitatsiya tadbirlarini amalga oshirishda hamshiralar faoliyatini muhokama qilishda nogironlarning harakat qilish qobiliyatini ularning hamshiralar yordamiga muhtojligi va reabilitatsiyaning texnik vositalaridan (RTV) foydalanish zarurati nuqtayi nazaridan o‘rganish kerak edi. Aniqlanishicha, so‘rovnomada qatnashgan nogironlarning umumiy sonining 95,0%i mustaqil harakat qiladi, ulardan 92,2%i shizofreniya, 97,9%i aqliy zaiflik tufayli nogironlardir (2-jadval).

2-jadval

Nogironlarning harakatlanish qobiliyati bo‘yicha taqsimlanishi, abs. (%)

Harakat qilish qobiliyati	Ruhiy buzilish turi		Jami	p
	shizofreniya	aqliy zaiflik		
Mustaqil harakat qiladi	142 (92,2)	143 (97,9)	285 (95,0)	<0,05
Tashqi yordam bilan harakat qiladi	12 (7,8)	3 (2,1)	15 (5,0)	<0,05
Harakatlana olmaydi	-	-	-	>0,05
Jami so‘rovnomada ishtirok etganlar	154 (100,0)	146 (100,0)	300 (100,0)	

Respondentlarning 5,0% tashqi yordam bilan harakatlanadi, ular orasida 12 kishi (7,8%) shizofreniya tufayli nogiron, 3 kishi (2,1%) aqliy zaiflik tufayli nogiron. Respondentlar orasida harakatlana olmaydigan nogironlar yo‘q edi.

Psixo-nevrologik maktab-internatda nogironlarning hamshiralik xizmati sifatini baholashlarini o‘rganish uchun hamshiralarning tashqi ko‘rinishi, ularning xatti-harakatlari, maqbul shaxsiy fazilatlari, nogironlarga munosabat, g‘amxo‘rlik va va ularning tibbiy-ma’rifiy faoliyatini aks ettiruvchi bir qator savollar taklif qilindi.

Ma’lum bo‘lishicha, hamshiraning shaxsiy xususiyatlaridan nogironlar asosan bosiqlikni (62,0%), faollikni (26,6%) va talabchanlikni (14,4%) ijobiy baholaydilar. Ushbu hisob-kitoblarga ko‘ra, nogironlar guruhlari o‘rtasida statistik jihatdan muhim farqlar yo‘q ($p>0,05$).

Nogironlar tomonidan hamshiralarning yosh xususiyatlarini baholashni o‘rganishda nogironlarning katta qismi - 70,0% o‘z xizmatida yosh hamshiralarni afzal ko‘rishi va faqat 30,0% keksa hamshiralarni afzal ko‘rishi ma’lum bo‘ldi. Aqli zaif odamlar (84,9%) shizofreniya bilan og‘riganlarga (55,8%) qaraganda yosh hamshiralar xizmatini statistik jihatdan ancha yuqori afzal ko‘radilar, va shizofreniya bilan og‘rigan nogironlar (44,2%) aqliy zaifligi bo‘lgan (15,1%) ($p<0,05$) bilan solishtirganda, keksa hamshiralarni xizmatda statistik jihatdan sezilarli darajada ko‘proq afzal ko‘radilar.

Nogironlarning 94,0% ularga nisbatan xushmuomalalik, hamdardlik bilan munosabatda bo‘lishni afzal ko‘radi, ruhiy kasallikning nozologik shaklidan qat’i nazar: nogironlarning 93,5% shizofreniya va 95,5% aqliy zaiflik tufayli (nozologik guruhlardagi farqlar statistik ahamiyatga ega emas - $p>0,05$).

Tibbiy manipulyatsiyani amalga oshirishda nogironlar tomonidan tibbiyot xodimlarining xatti-harakatlarini baholash o‘rganildi (2-jadval). Aniqlanishicha, hamshiralarning salmoqli qismi (83,3%) nogironning salomatligi bilan qiziqadi, 14,0% muolajalarni loqaydlik bilan bajaradi, hamshiralarning 2,7% salbiy munosabatda.

Shizofreniya bilan og‘rigan nogironlarning umumiy sonining 79,2% hamshiralarning o‘zlariga nisbatan hamdardliklarini qayd etadilar; 16,9% - “befarqlik” munosabat, 3,9% - hamshiralarning salbiy xatti-harakatlariga e’tibor berishadi (3-jadval).

3-jadval

Tibbiy manipulyatsiyalarni amalga oshirishda nogironlar nuqtayi nazaridan o‘rta tibbiyot xodimlarining xatti-harakati, abs. (%)

Tibbiy muolajalar paytida hamshiraning xatti-harakati	Ruhiy buzilish turi		Jami
	shizofreniya	aqliy zaiflik	
Salomatligi bilan qiziqadi	122 (79,2)	128 (87,7)	250 (83,3)
«Jim» munosabat	26 (16,9)	16 (11,0)	42 (14,0)
Salbiy xatti-harakat	6 (3,9)	2 (1,3)	8 (2,7)
Jami so‘rovnomada ishtirok etganlar	154 (100,0)	146 (100,0)	300 (100,0)

p<0,05.

Aqli zaifligi sababli nogironlarning 87,7% manipulyatsiya paytida hamshiralarning o‘zlariga bo‘lgan munosabatini hamdardlik deb baholaydilar, 11,0% befarq va jim munosabatni sezadilar, 1,3% salbiy (p<0,05). Hamshiralar faoliyatining asosiy yo‘nalishlaridan biri parvarish qilish va xususan, gigiyena tartib-qoidalarini amalga oshirishdir. Ushbu faoliyatni baholashda nogironlar ehtiyotkorlik, rasmiy yoki jirkanch ishlashni ajratadilar. Ushbu ko‘rsatkichlarni tahlil qilganda, 90,7% gigiyena tartib-qoidalarini ehtiyotkorlik bilan bajarishni qayd etdi, 8,0% - rasmiy va 1,3% nogironlar hamshiralarning bu ko‘rsatkichlarini jirkanish hissi bilan baholadilar. Nogironlar tomonidan nogironlarning yoshiga qarab hamshiralar tomonidan gigiyena protseduralarini bajarishini baholashda ba’zi farqlar aniqlandi (4-jadval). 30 yoshli 48 nafar nogironning 95,8% ushbu tartib-qoidalarning bajarilishini ehtiyotkorlik bilan, atigi 4,2% esa rasmiy deb baholagan.

31 yoshdan 40 yoshgacha bo‘lgan 82 nafar nogironning 95,1% gigiyena tartib-qoidalarini ehtiyotkorlik bilan bajarish, 4,9 foizi esa rasmiy deb tan oldi.

41 yoshdan 50 yoshgacha bo‘lgan 62 nafar nogironning 93,5% bu faoliyatni ehtiyotkorlik bilan bajarish, 6,5% esa rasmiy deb baholagan. 51 yoshdan 60 yoshgacha bo‘lgan 66 nafar nogironning bu faoliyatni bir oz kamroq ehtiyotkorlik bilan baholadi, ya’ni 78,8%, shu bilan birga, nogironlarning 18,2% gigiyena tartib-qoidalarining rasmiy bajarilishi, 3,0% esa “nafrat tuyg‘usi bilan” baho berdi. 60 yoshdan oshgan 42 nafar nogironning 90,4% ushbu faoliyatni ehtiyotkorona, 4,8% rasmiy, 4,8% “nafrat tuyg‘usi bilan” deb baholagan. Nogironlarning hamshiralar tomonidan gigiyenik muolajalarni bajarishiga yuqoridagi baholardan ko‘rinib turibdiki, nogironlar yoshi qanchalik katta bo‘lsa, ular hamshiralarda shunchalik kam xayrixohlik tuyg‘usini uyg‘otadi va bu ularning tibbiy etika va deontologiya tamoyillariga yetarlicha rioya etmayotganligidan dalolat beradi. Hamshiralarning yoshi va munosabati o‘rtasidagi bog‘liqlik sezilarli darajada muhimdir (r=0,152; p<0,05).

4-jadval

Nogironning yoshini hisobga olgan holda, o‘rta tibbiyot xodimlari tomonidan gigiyenik muolajalarni bajarish va parvarish qilish tavsifi, abs. (%)

Gigiyena tartib-qoidalarini amalga oshirishning tavsifi, parvarish qilish	Nogironlarning yoshi					Jami
	30 yoshgacha	31-40 yosh	41-50 yosh	51-60 yosh	60 yoshdan katta	
Ehtiyotkorlik bilan	46 (95,8)	78 (95,1)	58 (93,5)	52 (78,8)	38 (90,4)	272 (90,7)
Rasmiy	2 (4,2)	4 (4,9)	4 (6,5)	12 (18,2)	2 (4,8)	24 (8,0)
Jirkanish hissi bilan	-	-	-	2 (3,0)	2 (4,8)	4 (1,3)
Jami so‘rovnomada ishtirok etganlar	48 (100,0)	82 (100,0)	62 (100,0)	66 (100,0)	42 (100,0)	300 (100,0)

p<0,05.

Tadqiqot davomida nogironlar tomonidan hamshiraning ruhiy kasallikning nozologik bog‘liqligiga qarab turli xil parvarishlarda yordamini baholash o‘rganildi.

Ruhiy kasalligidan qat’i nazar, barcha nogironlarning yordamini umumlashtirilgan baholashi quyidagilarni ko‘rsatdi (5-jadval):

- palatada harakatlanishiga yordam berish nogironlarning 5% tomonidan baholangan;
- muassasa ichida harakatlanishda yordam berish 30% nogironlar tomonidan tan olingan;
- ovqatlanish bilan bog‘liq yordamni 32,0% nogironlar baholagan;
- nogironlarning 50,6% tomonidan sanitariya-gigiyena muolojalarni bajarishdagi yordam baholangan;
- choyshabni (kiyimni) almashtirishdagi yordamni nogironlarning 54,0% baholadi;
- respondentlarning 32,6 foizi bunday yordamga muhtoj emasligini ko‘rsatdi.

5-jadval

Nogironning nozologiyasini hisobga olgan holda unga g‘amxo‘rlik qilishda o‘rta tibbiyot xodimlar yordamini baholash, abs. (%)

Yordam turini baholash	Ruhiy buzilish turi		Jami	p
	shizofreniya	aqliy zaiflik		
Palatada harakatlanish	12 (7,8)	3 (2,0)	15 (5,0)	<0,05
Muassasa ichida harakatlanish	52 (33,7)	38 (26,0)	90 (30,0)	>0,05
Ovqat qabul qilish	58 (37,6)	38 (26,0)	96 (32,0)	>0,05
Sanitariya-gigiyena protsedura	90 (58,4)	62 (42,4)	152 (50,6)	<0,05
Choyshabni (kiyimni) almashtirish	76 (49,3)	86 (58,9)	162 (54,0)	>0,05
Yordamga muhtoj emas	50 (32,4)	48 (32,8)	98 (32,6)	>0,05
Jami so‘rovnomada ishtirok etganlar	154 (100,0)	146 (100,0)	300 (100,0)	

Ayrim ruhiy kasalliklar uchun nogironlarning ushbu yordam turlarini baholashda ba’zi farqlar aniqlandi (5-jadval):

- palatada harakatga yordam berish shizofreniya tufayli nogironlarning 7,8% va aqliy zaiflik tufayli 2,0% tomonidan baholangan ($p<0,05$);
- muassasa ichidagi harakatga yordam shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarning 33,7% va aqliy zaifligi bo‘lganlarning 26,0% tomonidan baholangan ($p>0,05$);
- ovqatlanishda yordam shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarning 37,6% va aqliy zaifligi bo‘lgan bemorlarning 26,0% tomonidan baholangan ($p>0,05$);
- sanitariya-gigiyenik muolajalarga yordam berish shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarning 58,4% va aqliy zaifligi bo‘lgan bemorlarning 42,4% tomonidan baholandi ($p<0,05$);
- kiyim almashtirishda yordam shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarning 49,3% va aqliy zaifligi bo‘lganlarning 58,9% tomonidan baholangan ($p>0,05$).

Natijalar

Taqdim etilgan ma’lumotlarning qiyosiy tahlili shuni ko‘rsatdiki, aqliy rivojlanishida nuqsoni bo‘lgan nogironlar shizofreniya bilan og‘rigan bemorlarga qaraganda hamshira yordamiga past baho berishadi, bu hamshiraning parvarishlashdagi rolini tushunmaslik bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin [2].

Xulosa

Psixo-nevrologik maktab-internatdagi hamshiraning faoliyati haqiqiy kasbiy, tibbiy sohadan tashqari, reabilitatsiyadan o‘tayotgan ruhiy kasalliklari bo‘lgan odamlar uchun ayniqsa muhim bo‘lgan tibbiy-ma’rifiy sohani ham o‘z ichiga oladi. Nogironlar uchun eng muhim mavzular: sog‘lom turmush tarzi haqida, ob-havo haqida, dori-darmonlarni qabul qilish kerakligi haqida, to‘g‘ri ovqatlanish haqida, ishning foydalari haqida, boshqalar bilan o‘zini tutish haqida.

Adabiyotlar

1. Маматкулов Б.М., Авезова Г.С. Врожденные аномалии как причина детской инвалидности (по материалам г. Ташкента, Узбекистан) // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2015. – №2. – С. 110-115.1

2. Машарипова Р.Ю., Тангиров А.Л., Мирзарахимова К.Р. Пути повышения

эффективности решения социальных проблем детей с ограниченными возможностями в условиях первичного медико-санитарной помощи // Sci. Appr. Modern Educ. System. – 2022. – №1 (10). –P. 124-127.4

3. Мирварисова Л., Нурмаматова К., Мирзарахимова К. Медицинский менеджмент, оптимизация и совершенствование системы здравоохранения в Узбекистане // Stomatologiya. – 2018. – №1(4 (73). – С. 61-64.5

4. Мирзарахимова К.Р. Распространенность врожденных аномалий у детей: факторы риска и роль патронажной медсестры в их предупреждении // Мед. сестра. – 2020. – Т. 22, №5. – С. 41-48.2

5. Мирзарахимова К.Р., Нурмаматова К.Ч., Абдашимов З.Б. Изучение статистики врожденных аномалий // Вестн. науки. – 2019. – №4 (12 (21). – С. 207-214.6

6. Mamatkulov B.M., Avezova G.S. Congenital anomalies as a cause of childhood disability (according to the materials of Tashkent, Uzbekistan) // Nauka molodykh (Eruditio Juvenium). – 2015. – №3 (2). – С. 110-15.3

Цель: Определить роль партнеров в медико-социальной реабилитации инвалидов.

Материал и методы: чтобы изучить мнение пациентов о качестве работы медсестер, были опрошены 300 инвалидов (154 вследствие шизофрении и 146 – вследствие умственной отсталости), из них 73,4% составляли мужчины, 26,6% – женщины. Большинство опрошенных (27,3%) были инвалиды в возрасте от 31 года до 40 лет. Среди мужчин лица этой возрастной категории 29%.

Результаты: услуги, оказываемые медицинскими сестрами реабилитационного профиля в первичном медико-санитарном учреждении, характеризуются наличием дефектных нарушений эндогенного, экзогенно-органического генеза. Такая характеристика инвалидов может вызвать сомнения в их реабилитации. Тем не менее, некоторые из них сохраняют реабилитационный потенциал, позволяющий восстановить существенно утраченные функции и сформировать навыки, имеющие еще большую социальную ценность.

Выводы: деятельность медсестры в психоневрологической школе-интернате имеет большое значение. Важнейшие темы для инвалидов: здоровый образ жизни и правильное питание, необходимость принимать лекарства, польза труда, отношения с окружающими.

Ключевые слова: реабилитация, инвалидность, уход за больными, шизофрения, психические заболевания.

Maqsad: Nogironlarga ko‘rsatilayotgan tibbiy-ijtimoiy reabilitatsiyada hamshiralarning rolini aniqlash.

Material va usullar: bemorlarning hamshiralarning ish sifati haqidagi fikrlarini o‘rganish uchun 300 nogiron (154 shizofreniya va 146 aqliy zaiflik tufayli) so‘ralgan, ulardan 73,4% erkaklar, 26,6% ayollar. So‘rovda qatnashganlarning aksariyati (27,3%) edi nogironlar 31 yoshdan 40 yoshgacha. Erkaklar orasida ushbu yosh toifasidagi shaxslar 29% ni tashkil qiladi.

Natijalar: birlamchi tibbiy-sanitariya muassasasida reabilitatsiya profilidagi hamshiralar tomonidan ko‘rsatiladigan xizmatlar endogen, ekzogen-organik genezisning nuqsonli buzilishlari mavjudligi bilan tavsiflanadi. Nogironlarning bunday xususiyati ularning reabilitatsiyasiga shubha tug‘dirishi mumkin. Shunga qaramay, ularning ba’zilari sezilarli darajada yo‘qolgan funksiyalarni tiklash va yanada katta ijtimoiy ahamiyatga ega bo‘lgan ko‘nikmalarni shakllantirish uchun reabilitatsiya salohiyatini saqlab qolishadi.

Xulosa: nöropsikiyatrik maktab-internatdagi hamshiraning faoliyati katta ahamiyatga ega. Nogironlar uchun eng muhim mavzular: sog‘lom turmush tarzi va to‘g‘ri ovqatlanish, dori-darmonlarni qabul qilish zarurati, mehnatning foydalari, boshqalar bilan munosabatlar.

Kalit so‘zlar: reabilitatsiya, nogironlik, hamshira, shizofreniya, ruhiy kasallik

Objective: Determine the role of partners in the medical and social rehabilitation of disabled people**.**

Material and methods: To study the opinion of patients about the quality of nursing work, 300 disabled people were interviewed (154 due to schizophrenia and 146 due to mental retardation), of whom 73.4% were men, 26.6% were women. The majority of respondents (27.3%) were disabled between the ages of 31 and 40. There

are 29% of men in this age group. **Results:** The services provided by rehabilitation nurses in a primary health care facility are characterized by the presence of defective disorders of endogenous, exogenous-organic genesis. This characterization of the disabled may raise doubts about their rehabilitation. Nevertheless, some of them retain their rehabilitation potential, which allows them to restore significantly lost functions and form skills of even greater social value.

Conclusions: The activity of a nurse in a neuropsychiatric boarding school is of great importance. The most important topics for people with disabilities are: a healthy lifestyle and proper nutrition, the need to take medications, the benefits of work, and relationships with others.

Key words: rehabilitation, disability, nursing, schizophrenia, mental illness.

УДК: 616-007.234:614.8.02-614.8.026.1-053.2

БОЛАЛАРДА ТУҒМА АНОМАЛИЯЛАРНИНГ ТАРҚАЛГАНЛИГИ ВА УЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШДА ПАТРОНАЖ ҲАМШИРАСИНИГ РОЛИ



Мирзарахимова К.Р.
Тошкент давлат стоматология институти

Болалардаги туғма аномалиялар кўплаб мамлакатларда болалар ўлими, сурункали касалликлар ва ногиронликнинг асосий сабаблари ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ассамблеяси барча аъзо давлатларни ривожланишида нуқсони бўлган болаларнинг соғлиғини мустаҳкамлаш ва бирламчи профилактикасини тарғиб қилишга чақирувчи резолюцияни қабул қилди. Аввалambор бу нуқсонлар қаердан келиб чиқади? Баъзи туғма нуқсонлар мерос қилиб олинган бўлса-да, бошқалари тератогенлар деб номланувчи зарарли экологик омиллар самарасидир, бошқалари эса генетик ва атроф-муҳит таъсирларининг мураккаб ўзаро таъсири натижасида юзага келади. Аммо туғма нуқсонли ҳолатларнинг тахминан ярмида сабаблари номаълум.

Кейинги йилларда олиб борилган эпидемиологик тадқиқотлар натижаларига кўра ер юзи аҳолисининг 5% дан 10% гача бўлган қисми туғма аномалия азият чекмоқда.

Ҳозирги кунда дунё бўйича болалар ўлимининг асосий бешта сабаблари орасида туғма аномалия биринчи ўрини эгаллайди.

Болалар ўлимининг тенденциялари: Беш ёшгача бўлган болалар ўлими глобал миқёсда 1990 йилда туғилган 1000 та туғилган ҳолатга нисбатан 93% дан 2017 йилда 39 %га пасайди. ЖССТнинг барча минтақалари худди шу даврда беш ёшгача бўлган болалар ўлими кўрсаткичини икки баравар камайтирдилар. Беш ёшгача бўлган болалар ўлими оғирлиги тақсимланмаган бўлиб қолмоқда. Беш ёшгача бўлган болалар ўлимининг 73 фоизга яқини 2017 йилда икки минтақада, ЖССТ Африка (49%) ва ЖССТнинг Жануби-Шарқий Осиёда (24%) содир бўлди. Беш ёшгача бўлган болалар ўлими бўйича энг юқори даража ЖССТнинг Африка минтақасида (1000 тирик туғилгандан 74 тага) 74, ЖССТ

Европа минтақасидаги кўрсаткичдан (1000 тирик туғилгандан 9) 8 марта юқори. Қарийб 50% ҳолатларда туғма аномалиянинг аниқ сабабини аниқлаб бўлмади, аммо малформациянинг пайдо бўлиши билан боғлиқ бўлиши мумкин бўлган маълум хавф омиллари мавжуд. Туғма аномалияларга битта ген нуқсонлари, хромосома касалликлари, кўп қиррали мерос, атроф-муҳитдаги тератогенлар (туғилиш нуқсонларига олиб келадиган восита) ва микроэлементларнинг этишмаслиги сабаб бўлиши мумкин. Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг (ЖССТ) маълумотларига кўра, 2018 йилда дунё бўйича туғма аномалиялар туфайли ҳаётнинг дастлабки 28 кунида 270 000 киши ўлган.

Март ойидаги Димес (МОД) туғилиш нуқсонлари бўйича глобал ҳисоботга кўра дунё бўйлаб ҳар йили 7,9 миллион туғилиш (жами туғилишнинг 6 фоизи) жиддий туғма нуқсонлар билан туғилади ва бундай туғилишларнинг 94 фоизи ўрта ва паст даромадли мамлакатларда учрайди. ЖССТ ва МОД йиғилишининг қўшма ҳисоботига кўра, туғма нуқсонлар барча неонатал ўлимнинг 7 фоизини ва беш ёшгача бўлган болалар ўлимининг 3,3 миллионини ташкил қилади. Ҳиндистонда туғилиш нуқсонларининг тарқалиши 6-7% ни ташкил қилади, бу ҳар йили тахминан 1,7 миллион туғма нуқсонларга тўғри келади. Умумий туғма нуқсонларга туғма юрак касаллиги (1000 тирик туғилгандан 8-10), туғма карлик (1000 тирик туғилгандан 5.6-10) ва найча найчалари (1000 тирик туғилгандан 4-11.4) киради. Ҳомиладорлик пайтида COVID-19 инфекцияси нафақат онанинг соғлиғига, балки боланинг ривожланишига ҳам таъсир қилади. Коронавирус ҳомила ўсишининг секинлашишига таъсир қилиши, унинг ҳаётий аъзоларининг нотўғри ётқизилишига олиб келиши, шунингдек, боланинг эрта туғилишига олиб келиши мумкин. Ҳомиладор аёллар энгил ва ўртача даражадаги ковидни бошдан кечириши болада туғма аномалия билан туғилиш эҳтимоли кўпроқ ва бу ҳар доим ва мажбурий равишда ёмон неонатал натижаларга олиб келиши ҳақида ҳеч қандай далил йўқ. Аммо, жаҳон тадқиқотларига кўра, ҳомиладорлик пайтида ковид билан касалланган аёллардан туғилган болаларда асоратлар бироз кўпроқ бўлади. Бу, биринчи навбатда, аёлнинг қанча вақт касал бўлганига боғлиқ.

Агар бу охирги триместрнинг боши ёки ўртаси бўлса ва она оғир касалликдан азият чекса, чақалоқнинг муддатидан олдин туғилиш эҳтимоли ортади. Бундай болалар кўпроқ реанимация ва нафас олишни қўллаб-қувватлашга муҳтож бўлади. Агар аёл ҳомиладорликнинг иккинчи триместрида коронавирус инфекциясини юқтирса, бу ҳомила ривожланишининг секинлашишига олиб келиши мумкин.

Шу билан бирга, COVID-19 нинг болага таъсири ҳомиладор она тузалиб кетганидан кейин ҳам давом этиши мумкин. Демак, биринчи триместрда ҳомиладор аёл томонидан юборилган вирус ҳомиланинг ўсишига таъсир қилиши мумкин, иккинчисида эса боланинг ривожланишининг секинлашишига олиб келади. Эритроцитлар кислородни ташиш қобилиятини йўқотади, натижада ҳомилада кислород етишмовчилиги бошлайди, шунинг учун унинг ўсиши ва ривожланиши автоматик равишда секинлашади.

Шифокорнинг сўзларига кўра, касалликнинг бундай курси билан ҳомилага кислород шунчалик кам бўлиши мумкинки, шифокорлар боланинг аҳволини енгиллаштириш учун кўпинча ҳомиладорликни тўхтатишга мурожаат қилишади. Бу ҳолатда аёлнинг ўзи тез-тез нафас ололмасликдан азият чекади, шунинг учун ҳам бу операция туғруқ пайтида аёлнинг ҳаётини сақлаб қолиш учун амалга оширилади. Ҳомилада дистресс синдроми (нафас олиш бузилиши) ривожланиши билан туғилиш сунъий равишда тезлашаётганини таъкидлади. Бу аёлнинг кислород даражаси пастлигини янада самарали даволаш учун амалга оширилади. Бундан ташқари, коронавирус эритроцитларни (организмни кислород билан таъминлайдиган қизил қон таначалари) ҳам зарарлайди. Она билан содир бўлган ҳамма нарса болага ҳам таъсир қилади. Бундай асоратлар нафақат COVID-19, бал-

ки бошқа ҳар қандай вирусли касалликларда ҳам учрайди. Грипп, ва ҳар қандай пневмония бундай таъсирга эга. Коронавируснинг онадан болага бачадонда юқишига келсак, бундай ҳолатлар ҳали қайд этилмаган. Ҳомила COVID-19 учун бевосита нишон эмас. Вирус ҳомилага исботланган тератоген таъсирга эга эмас (ташқи омиллар туфайли эмбрион ривожланишининг бузилиши). Плацента тўсиғи унинг учун жуда яхши. Унинг қўшимча қилишича, ҳомиладор аёл ва ҳомила организмида жиддий бузилишлар юзага келмаслиги учун коронавирусга чалинган ҳомиладор оналарни ўз вақтида изоляция қилиш ва шифокор назоратига олиш зарур. Стресс муваффақиятли ҳомиладорликнинг асосий хавфи ҳисобланади. Агар аёл ҳомиладорликнинг энг бошида, биринчи триместрда касал бўлиб қолса, унда кичик аномалиялар ва малформациялар эҳтимоли ортади.

Баъзи туғма нуқсонлар туғилиш пайтида клиник кўринишда бўлади. Спина бифида каби тузилиш нуқсони туғилишда яққол кўриниб туради, аммо гемофилия функционал нуқсон (қон кетишининг бузилиши) одатда гўдак ёки болалигигача аниқ кўринмайди [2,3,12].

Соғлиқни сақлаш ва оилавий фаровонлик вазирлиги, Ҳиндистон ҳукумати турли миллий соғлиқни сақлаш дастурларини амалга ошириш билан боғлиқ муаммони ҳал қилди. 2015 йилда болаларнинг соғлиғи бўйича скрининг ва эрта аралашув хизматлари турли ёндашувлар ёрдамида 0-18 ёшдаги болаларнинг 30 ҳолатини қамраб олди [10].

Ҳиндистонда 2016 йил сентябр ойида тузилган Янги туғилган чақалоқлар ҳаракат режаси (ИНАП), туғма нуқсонли янги туғилган чақалоқни профилактика қилиш ва парвариш қилиш учун тиббий ёрдамни она ва бола саломатлигига алоҳида эътибор билан бирлаштирган. ИНАП бу янги туғилган чақалоқларнинг ўлимини ва туғилишининг олдини олиш учун ЖССТ томонидан Ҳар бир янги туғилган чақалоқнинг ҳаракат режасига (ЭНАП) жавобдир [14].

Ўзбекистонда тиббий статистик маълумотларга кўра эса бу кўрсаткич қуйидаги характерга эга: Гўдаклар (1 ёшгача болалар) ўлими коэффициенти 2016 йилда 1000 туғилганга нисбатан 10,7 ни ташкил этиб, шундан асосий ўлим сабаблари бўйича – перинатал даврда юзага келадиган ҳолатлардан ўлганлар – 5,94, нафас органлари касалликларидан – 2,44, туғма аномалиялардан – 1,11, инфекцион ва паразитар касалликлардан – 0,35, бошқа касалликлардан – 0,84 ни ташкил этган [12,15].

Республикада 2016 йилда беш ёшгача ўлган болалар сони 10,1 минг нафарни ташкил этиб, 1000 туғилган болага нисбатан болалар (5 ёшгача) ўлими коэффициенти 14,1 промиллени ташкил этган.

Республикада 1000 туғилган болага нисбатан болалар (5 ёшгача) ўлими коэффициенти 1991 йилда 48,2 промиллени, 2000 йилда 28,5 промиллени, 2010 йилда 14,8 промиллени ташкил этган [10,11,15].

Статистик маълумотларига кўра, 2018 йилда Ўзбекистонда 154,7 минг кишининг ўлими қайд этилган. Бу кўрсаткич 2017 йилга нисбатан 3,7 фоизга кам демакдир [8,10].

Вафот этганларнинг 60,3 фоизи қон айланиш тизим касалликларидан, 9,7 фоизи турли ўсимталардан, 5,6 фоизи овқат ҳазм қилиш аъзоларидан, 4 фоизи нафас олиш аъзолари касалликларидан, 20,4 фоизи бошқа касалликлар сабабли вафот этган.

Улар орасида 7,5 минг нафари бир ёшгача бўлган гўдаклар экани айтилмоқда. Болалар ўлимининг 60,5 фоизи перинатал даврда юзага келадиган ҳолатлардан, 16,8 фоизи нафас олиш аъзоларидаги нуқсонлардан, 11,7 фоизи туғма аномалиядан ва 11 фоизи бошқа касалликларда вафот этган. Шундай қилиб, туғма аномалиянинг энг юқори кўрсаткичи саноати ривожланган мамлакатларда: Америка Қўшма Штатлари ва Африкада кузатилмоқда.

Саломатлик, шу жумладан ҳомила ва боланинг саломатлиги интеграл катталик бўлиб, инсон таъсирига боғлиқ бўлмаган ҳамда унинг фаолияти билан боғлиқ бўлган қатор объектив омиллар билан белгиланади. Биринчи боғлиқ бўлмаган омилларга аввало, ривожланаётган организмнинг

генетик коди тааллуқли бўлиб, у қуйидаги ҳаётий муҳим бўлган параметрларни белгилайди: жинс, ўсиш ва жисмоний ривожланишнинг суръатлари ва сатҳлари, “уланиш” муддатлари ва организмнинг асосий фермент жараёнларининг фаоллиги, тўқималар, аъзолар ва тизимлар морфологик ва функционал етилиши жараёнларининг суръати ҳамда сатҳлари, организмнинг бошқарув механизмлари ўзаро боғлиқлигининг сатҳи ва сифати, ҳомиланинг ташқаридан шикаст етказувчи таъсиротларга бўлган жавобининг асоси, шунингдек, ҳомиладорликдан ташқари ҳаётнинг дастлабки соатлари, кунлари ва ҳафталарида рўй берадиган туғруқ жараёнларидаги кўникув ҳамда ҳомиладорликдан ташқари бўлган ҳаётга мослашув асосини ташкил этувчи метаболик ва адаптацион механизмлар, кейинроқ патологик ҳолатлар ва касалликларга ўтиб кетадиган генетик боғлиқ бўлган ҳолатлар ва ҳ.з. [4,7] Иккинчи гуруҳ омилларига таъсироти инсон фаолияти билан боғлиқ бўлган омиллар тааллуқли бўлиб, уларни шартли равишда тиббий бўлмаган ва, хусусан, тиббий бўлган турларига ажратиш мумкин [5,6].

Тиббий бўлмаган омилларга ривожланаётган ҳомила организми ва янги туғилган гўдак организмига таъсир этувчи ижтимоий, ижтимоий-маиший, ижтимоий-жамоат, диний, руҳий ва экологик омиллар тааллуқлидир. Уларнинг таъсири аёл-онанинг организми, руҳияти, идроки, турмуш тарзи ва фаолияти орқали амалга. Бу ҳолат вазиятдан келиб чиқиб, ҳомила ва болага салбий таъсиротни юмшатиши ва ҳаттоки текислаб юбориши, ҳамда унинг таъсирини кўпайтириши ва сезиларли тарзда кучайтириши мумкин Таъкидлаб ўтиш лозимки, экологик таъсиротдан ташқари, биология ва тиббиётга алоқаси бўлмаган ушбу омиллар, барибир катта биологик таъсиротга эгадир, чунки бола интенсивлиги жиҳатдан юқори бўлган жараёнларни кечиради: ўсиш, ривожланиш ва такомиллашув, инсон организми мавжуд бўлишининг янги шакли – ҳомиладорликдан ташқари ҳаётга ўтиш билан белгиланувчи ҳамда ўзининг сатҳи ва муҳимлиги жиҳатдан ўта аҳамиятли бўлган қайта қурилиш ҳолатлари ва ҳ.з. Шунинг учун, уларнинг тиббий ҳамда биологик бўлмаган табиати ўсиш ва ҳомила ривожланишининг бузилиши, аъзолар ва тўқималар етилишининг бузилиши, организмда нормал бошқарув жараёнлари, ҳомиладорликдан ташқари яшаш учун мослашув механизмларининг шаклланиши ҳамда уларнинг таъсирини амалга ошириш кўринишида таъсир этиш хусусиятига эгадир.

Тиббий омилларга аёллар – оналар патологияси, ҳомиладорлик, туғруқ патологияси, ҳомиладорлик даврида орттирилган касалликлар (ҳомила касалликлари), янги туғилган гўдак касалликлари ҳамда аёллар, ҳомила, янги туғилган гўдакларга кўрсатиладиган тиббий ёрдамнинг сифати тааллуқлидир. Ушбу барча омиллар инсон организми учун ўта муҳим функциялардан бири бўлган -ҳомиладорликдан ташқари бўлган мустақил ва тўлақонли ҳаётни амалга ошириш учун биринчи навбатда ҳомила организмининг ўсиши, ривожланиши ва такомиллашувига таъсир этади. Шубҳасиз, ҳомила ва янги туғилган гўдаклар саломатлиги фақатгина бирор-бир сабаб ёки омилга боғлиқ бўлмайди, шундай экан, фақатгина ота-она, фақатгина оила, фақатгина тиббиёт ёки жамият ёки давлатнинг ташвиши бўла олмайди. Инсоннинг нормал ривожланиши ва саломатлиги учун уларнинг ўзаро ҳамжиҳатлиги зарур бўлади.

Ҳозирги даврда боланинг ҳомиладорликдан ташқари ҳаётга бўлган мослашувининг бузилиши ёки имконсизликка олиб келувчи ҳомила патологиясининг аҳамияти яққол ортиб бормоқда. Ушбу муаммоларга иммуноziддиятли ҳомиладорлик, туғма инфекциялар, нафас олиши бузилиши синдроми, ривожланиш нуқсонлари кабилар киради. Адаптацион механизмларни амалга оширишда ҳомила ва янги туғилган гўдакларнинг асаб, эндокрин ва иммун тизимлари етилмаган ва тегишли равишда энг самарасиз ҳисобланади. Айнан уларнинг функционал етишмовчилиги баъзан патологиянинг шаклланишида бошланғич нуқта бўлиб хизмат қилади. Ушбу оғишлар функционал бузилишлар ва касал-

ликлар шаклланишининг асосидир. Ҳомиланинг жисмоний ривожланиши ҳамда генетик боғлиқ бўлган омиллар ва турли патологик ҳолатларни ривожланиш хавфи ўртасида етарлича аниқ боғлиқлик мавжуд. Масалан, ҳомиладорлик даври ривожланиши кечикаётган болаларда хромосом аберрациялар 7% ҳолатларда (соғлом янги туғилган гўдакларга нисбатан 2 марта кўп), туғма аномалияларда эса мос равишда 11% ва соғлом туғилган гўдакларда 5% ташкил этади. Ушбу маълумотлар диққатни инсоннинг ҳомиладорлик даврида ривожланишига қаратишни тақозо этади. Ҳозирги даврда янги минг йилликда ҳомила ва бола саломатлигини барпо этиш ва сифатини баҳолашга қаратилган Давлат миллий дастурини яратиш зарурати пайдо бўла бошлади. Бу ҳолат миллат саломатлигини шаклланишини башорат қилиш, илм-фан ва амалий тиббиёт ривожланишининг устувор йўналишларини аниқлашда жиддий асос бўла олади [1,8,11].

Маҳаллий ва хорижий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, инсон атроф-муҳити кимёвий таркибининг ўзгариши организмда силжиши бўлган болаларнинг туғилишида асосий сабаблардан бири ҳисобланади. Ҳозирги кунда тератоген таъсиротга эга бўлган 500 дан ортиқ моддалар мавжуддир. Уларнинг қаторига турли кимёвий таркибга эга бўлган моддалар: этанол, тестостерон, қўрғошин, хлоропрен, симоб, этиленамин, бензол, кўпчилик пестицидлар, олтингугурт углерод, ёмон сифатли ўсмалар ва диабетга қарши воситаларнинг бир қисми, ҳаттоки, витамин Д ҳам киради. Турли табиий шароитларга мослашган популяцияларга тааълуқли бўлган бир тур вакилларининг гибридланиши наслнинг юқори ўлими, уни ёмон сифатли ўсмалар билан юқори касалланишига ва бошқа номақбул асоратлар, шу жумладан, ривожланиш аномалияларининг вужудга келишига олиб келиши исботланган. Бундай оқибатларни кўпинча атроф-муҳитнинг турли шароитларида бўлган организмларнинг мослашув хусусияти билан тушунтириш мумкин. Ривожланишнинг туғма аномалиялари бўлган болаларнинг оналарида кўпроқ анемия, пиелонефрит, юрак-қон томир касалликлари, шунингдек, қалқонсимон безнинг патологияси, қизилча ва таносил (венерик) касалликлари учраши кузатилди. 53% аёлларнинг анамнезида соматик касалликлар, 26,3% гинекологик касалликлар мавжуд бўлиб, шу билан боғлиқ равишда 50% аёллар дори воситаларини, шу жумладан, бир нечта воситаларни бир вақтнинг ўзида истеъмол қилганлар. Ҳомиладорлик давригача 37,4% аёллар, ҳомиладорлик даврида 33,4% аёллар касбга оид зарарли шароитлар билан мулоқотда бўлганлар.

Адабиётлар

1. Альбицкий В.Ю., Зиатдинов А.И., Шулаев А.В., Терлецкая Р.Н. Современные вопросы детской инвалидности в условиях реализации национальных проектов» Здравоохранение» и» Демография». – 2018.

2. Маматкулов Б.М., Авезова Г.С. Врожденные аномалии как причина детской инвалидности (по материалам г. Ташкента, Узбекистан) // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2015. – №2. – С. 110-115.

3. Машарипова Р.Ю., Тангиров А.Л., Мирзарахимова К.Р. Пути повышения эффективности решения социальных проблем детей с ограниченными возможностями в условиях первичного медико-санитарной помощи // Sci. Appr. Modern Educ. System. – 2022. – №1 (10). – P. 124-127.

4. Мирварисова Л., Нурмаматова К., Мирзарахимова К. Медицинский менеджмент, оптимизация и совершенствование системы здравоохранения в Узбекистане // Stomatologiya. – 2018. – №1 (4 (73). – С. 61-64.

5. Мирзарахимова К. Врожденные аномалии у детей Распространенность и факторы риска // Медицина и инновации. – 2021. – №1 (1). – С. 38-45.

6. Мирзарахимова К.Р. Распространенность врожденных аномалий у детей: факторы риска и роль патронажной медсестры в их предупреждении // Мед. сестра. – 2020. – Т. 22, №5. – С. 41-48.

7. Мирзарахимова К.Р., Нурмаматова К.Ч., Абдашимов З.Б. Изучение статистики врожденных аномалий // Вестн. науки. – 2019. – №4 (12 (21). – С. 207-214.

8. Нурмаматова К.Ч., Рахимжонов А.А., Рустамова М А. Охрана здоровья женщин как медико-социальная проблема // Med. Union. – 2023. №2 (1). – С. 202-207.

9. Ризаев Ж.А., Нурмаматова К.Ч., Дусмухамедов Д.М., Мирзарахимова К.Р. Туғма аномалияларнинг болалар орасида таркалиши Stomatologiya. – 2019. – №1.

10. Mamatkulov B.M., Avezova G.S. Congenital anomalies as a cause of childhood disability (according to the materials of Tashkent, Uzbekistan) // Nauka molodykh (Eruditio Juvenium). – 2015. – №3 (2). – С. 110-115.

11. Mamatqulov B.M., Mirzarakhimova K.R., Urazaliyeva I.R. et al. Risk Factors for Congenital Anomalies in Children and the Role of the Patronage Nurse // Ann. Roman. Soc. Cell Biol. – 2021. – Vol. 89. – P. 8803-8815.

Аннотация. Врожденные аномалии являются важной медицинской и социальной проблемой во всем мире. За последнее десятилетие XX века они увеличились вдвое и заняли важное место в структуре перинатальной, младенческой и детской патологии и смертности. Изучение условий и образа жизни семей, воспитывающих детей с врожденными аномалиями, выявление ведущих факторов риска, обусловливающих возникновение и развитие врожденных аномалий, их комплексная оценка и прогнозирование, а также роль медицинской сестры в профилактике врожденных аномалий является сегодня актуальной проблемой.

Ключевые слова: врожденные аномалии, патронажная сестра, факторы риска, инфекции, передающиеся половым путем, COVID, мертворождение, самопроизвольный аборт.

Аннотацияси. Туғма аномалиялар бутун дунёда муҳим тиббий ва ижтимоий муаммо ҳисобланади. Йигирманчи асрнинг сўнгги ўн йиллигида улар икки баравар кўпайди ва perinatal, чақалоқлар ва болалар патологияси ва ўлимининг тузилишида муҳим ўрин эгаллади. Туғма аномалиялари бўлган болаларни тарбиялаётган оилаларнинг шароитлари ва турмуш тарзини ўрганиш, туғма аномалияларнинг пайдо бўлиши ва ривожланишига олиб келадиган етакчи хавф омилларини аниқлаш, уларни ҳар томонлама баҳолаш ва башорат қилиш, шунингдек, туғма аномалияларнинг олдини олишда ҳамширанинг роли бугунги кунда долзарб муаммо ҳисобланади.

Калит сўзлар: туғма аномалия, патронаж ҳамшираси, хавф омиллари, ТОЧ инфекциялар, COVID, ўлик туғилиш, ўз-ўзидан ҳомиланинг тушиши.

Summary. Congenital anomalies are an important medical and social problem all over the world. Over the last decade of the twentieth century, they have doubled and occupied an important place in the structure of perinatal, infant and child pathology and mortality. The study of the conditions and lifestyle of families raising children with congenital anomalies, the identification of the leading risk factors that cause the occurrence and development of congenital anomalies, their comprehensive assessment and prediction, as well as the role of a nurse in the prevention of congenital anomalies is an urgent problem today.

Key words: congenital anomaly, patronage nurse, risk factors, infections, COVID, stillbirth, spontaneous abortion.

УДК: 616.317.3-616-003.231:577.175.14-008.839

ПАРОДОНТ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАР ОҒИЗ СУЮҚЛИГИДА ЦИТОКИНЛАР МИҚДОРИНИНГ ЎЗГАРИШИНИ БАҲОЛАШ





Хаджиметов А.А., Ахмадалиев Н.Н., Рустамова С.М.
Тошкент давлат стоматология институти

Долзарблиги. Пародонт касалликларни биомаркерларини аниқлаш ва касалликни эрта прогноз қилиш дунё бўйлаб пародонт касалликлардан азият чекаётган кўплаб беморлар учун даволаш самарадорлигини оширишга хизмат қилади. Пародонт касалликлари атамаси пародонт тузилмаларнинг яллиғланиш ва оғриқли шароитларини тушунтириш учун ишлатиладиган атамадир. Милк тўқималарининг яллиғланиши бўлган гингивитдан бошланиб, пародонтит қайтариб бўлмайдиган ҳолатга ўтиши мумкин, бу эса пародонт тўқималарнинг, шу жумладан пародонт чўнтаклар ва алвеоляр суякларнинг нобуд бўлишига олиб келади [2,3]. Йўқотилган тиш атрофидаги тўқималарни қайта тиклаш учун доимий даволаш керак. Шунинг учун пародонт касалликни эрта босқичда аниқлаш жуда муҳимдир.

Пародонт касалликларнинг ривожланиши пародонт ички ҳужайралар фаоллашувининг кучайиши, бирламчи ва кейинчалик иккиламчи цитокин реакцияларининг кучайиши, асосан туғма эффектор реакцияларини фаоллашиши, нейтрофилларни жалб қилиш ва фаоллаштириш (ИЛ-1ва ИЛ-8 даражасининг ошишига жавобан) билан боғлиқ [9]. Ушбу яллиғланишга қарши ҳолатнинг ривожланиши билан бирга давом этиши пародонтитга хос бўлган тўқималарнинг шикастланишига олиб келади, бу эса пародонт юмшоқ бириктирувчи тўқималари ва алвеоляр суякнинг бузилишига олиб келади, натижада тиш дисфункциясига олиб келади [4,5]. Ушбу тадқиқотда соғлом, гингивит ва пародонтитли беморларда прогностик панелни яратиш учун ушбу маркерларнинг ўзгариш даражаларига кўра диагностик самарадорлиги баҳоланди.

Тадқиқотнинг мақсади. Гингивит ва пародонтит билан касалланган беморларда биокимёвий ва метаболик биомаркерларнинг ўзгариш даражаларига кўра эрта ташхислашни самарали усулларини топиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Соматик жиҳатдан соғлом шахслар ва ўртача сурункали тарқалган пародонтит (СТП) билан оғриган беморлардан ташкил топган 68 киши кузатилди. Назорат гуруҳи 30,3±2,1 ёшли 16 нафар соғлом, сурункали пародонт касалликларнинг ўткир ёки кучайиш ҳолати кузатилмаган оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини ўз ичига олган, ёмон одатларсиз ва ҳар қандай дори-дармонларни қабул қиладиган, нофизологик шакллар бўлмаган одамлардан иборат эди. Ушбу гуруҳдаги жинслар тақсимоти қуйидагича эди: 45 эркак (66,1%) ва 23 аёл (33,9%).

Оғиз суюқлигини йиғиш Ҳенсон ва бошқалар томонидан таклиф қилинган технологияга мувофиқ амалга оширилди. 5 мл стимулланмаган Оғиз суюқлиги намуналари йиғилди, сўнгра Оғиз суюқлиги намуналари 5000 айланиш тезлигида 5 минут давомида центрифуга қилинди. Супернатантлар олиб ташланди. Олинган супернатантнинг 0,5 мл аликвотлари таҳлилга қадар -60 ° да сақланган [8,10].

Оғиз суюқлигида яллиғланишга қарши цитокинларни (ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10 ва TNF-a) аниқлаш фермент билан боғлиқ иммуносорбент таҳлил ёрдамида амалга оширилди.

Олинган натижалар ва улар муҳокамаси. Тадқиқот давомида пародонт тўқималарнинг яллиғланиши билан оғиз суюқлигида иммунитетни ҳимоя қилиш омиллари лактоферрин ва секретор иммуноглобулин А даражаси миқдорининг ошганлиги кузатилди. Яллиғланиш цитокинлари (ИЛ-1, ИЛ -4, ИЛ -7, ИЛ-18, ТНФ-а) пародонтит патогенезида асосий рол ўйнайди. Яллиғланиш билан боғлиқ бўлган оғиз суюқлигида ИЛ-1 бета (б), ИЛ-6, ИЛ-8 ва ТНФ-а цитокинлар аниқланди [1,10].

Гингивит ва пародонтит билан оғриган беморларда оғиз суюқлигидаги цитокин миқдорининг ўзгариш даражаси

Цитокинлар	Соғлом группа N = 14	Гингивит билан касалланган группа N = 26	Пародонтит билан касалланган группа N = 28
Интерлейкин-1 (ИЛ-1) (пг/мл)	81,80 ± 7,53	132,48 ± 11,51*	205,3± 12,23*
Интерлейкин -4 (ИЛ-4) (пг/мл	13,87±1,54	36,43±2,58*	51,83±4,52*
Интерлейкин -6 (ИЛ-6) (пг/мл)	0,87±0,06	12,74±1,38*	22,67±2,13*
ФНО-α, (пг/мл)	31,28±2,69	52,67±4,81*	118,76±9,81*
Интерлейкин -10 (ИЛ-10) (пг/мл)	10,45±0.86	9,06±1,14	6,82±0,51*
Интерлейкин-8 (ИЛ-8) (пг/мл)	80,24 ± 7,68	254,13 ± 11,43*	656,31± 15,23*

*Эслатма: *- соғлом гуруҳга нисбатан сезиларли даражада фарқ қилади (П<0,05)*

Жадвалда келтирилган тадқиқот натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, пародонт касалликларга чалинган беморларда оғиз суюқлигидаги ИЛ-1миқдори соғлом одамларга нисбатан сезиларли даражада ошган. Фибробластларда рецепторлар билан боғланган ИЛ-1 коллагеназ синтезининг индукциясини келтириб чиқаради, бу коллаген ва суяк шаклланишини кечиктиради ва остеосинтезни ингибирлайди. Бундан ташқари, ИЛ-1 суяк резорбциясини рағбатлантиради [6].

Бу жараёнларнинг барчаси капилляр комплексни кенг қамровли блокланишини кучайтиради, бу эса прогрессив эндотелиал дисфункцияга олиб келади. Яллиғланишли пародонт касалликлари бўлган беморларда, хусусан, гингивит билан касалланган гуруҳда, назорат билан солиштирганда, Оғиз суюқлигида ИЛ-6 концентрацияси 1,5 баравар кўпайган, пародонтит билан оғриган беморларнинг оғиз суюқлигида эса бошланғич даражадан 2,6 мартага ошган. ИЛ-6 Б-лимфоцитларнинг дифференциациясини фаоллаштиришга, комплемент фиксацияси ва кимёвий токсик моддаларнинг секрецияси учун жавобгардир [7].

Бизнинг тадқиқотимизда асосий эътибор ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8 ва ИЛ-10 га қаратилди. Ушбу цитокинлар плеётроп таъсирга эга. Бундай ҳолда, ИЛ-6 асосан яллиғланиш олди цитокин, ИЛ-10 эса яллиғланишга қарши цитокиндир. Шу сабабли, лаборатория диагностикаси ва терапия самарадорлигини баҳолаш учун цитокинларга қизиқиш борлиги ажабланарли эмас.

ХУЛОСАЛАР

Молекуляр деструктивнинг клиник белгиларини шакллантиришда иштирок этадиган гингивит ва сурункали пародонтит билан оғриган беморларнинг оғиз суюқлигида яллиғланиш ва ялли-ланишга қарши воситалар ИЛ-1-1,6-2,5 марта, ИЛ-6 - 14,5- 26 марта , ИЛ-8 - 3,2 -8,8 марта ошди, ИЛ-10 - 13%- 35% камайди.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Н. Ратнаяке, С. Акерман, Б. Клинг и др., «Слюнные биомаркеры здоровья полости рта – поперечное исследование», *Журнал клинической пародонтологии* , том. 40, нет. 2, стр. 140–147, 2013.

2. Хаджиметов А.А., Рустамова С.М. “Газохроматографическое определение свободных жирных кислот в ротовой жидкости как индикаторы состояния организма” International Conference on innovations in the field of education November 20. 2022

3. Хаджиметов А.А., Ахмадалиев Н.Н., Рустамова С.М. “Determination of short chain fatty acids in the oral fluid in pationts with chronic periodontitis.” Инфекция, иммунитет и фармокология. ISSN 2181-5534.Част 2. 2023г.

4. Belskaya L.V. The use of capillary electrophoresis to determine the mineral composition of human saliva. Bulletin of science and practice. 2017; 2(15): 132-40

5. Хаджиметов А.А., Ахмадалиев Н.Н, Рустамова С.М. «Определение свободных жирных кислот в ротовой жидкости газохроматографическим методом» Med Union Vol.1 No.1. December 5,2022 155-162 бет.

6. Хаджиметов А.А., Ахмадалиев Н.Н.,Рустамова С.М., Атаходжаева М.А.,Зиятова Г.З. “Evaluation of the concentration of short-chain fatty acids in the oral fluid in patients with chronic periodontitis» Asian journal of pharmaceutical and biological research/Volume 11, Issue3 sept-dec 2022.

7. Determining the fatty acid composition in plasma and tissues as fatty acid methyl esters using gas chromatography - a comparison of different derivatization and extraction procedures / A.I. Ostermann [et al.] // Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids. 2014. V. 91. P. 235-241.

8. Determination of the fatty acid profile of neutral lipids, free fatty acids and phospholipids in human plasma / N. Firl [et al.] // Clin. Chem. Lab. Med. 2013. V. 51. P. 799-810.

9. Galyavich A S Effects of atorvastatm on fatly acids concentration m blood / A. S Galyavich, L R Salakhova // Abstracts from 76th Congress of the European Atherosclerosis Society, June 10-13, 2007, Helsinki, Finland; Atherosclerosis Supplements -2007 - Vol 8, No 1 -P 208.

10. Хаджиметов А.А., Ахмадалиев Н.Н., Рустамова С.М. “Определение свободных жирных кислот в ротовой жидкости газохроматографическим методом” Klinik laborator diagnostikada innovatsion texnologiyalardan foydalanish, muammolar va yechimlar xalqaro ilmiy-amaliy anjuman. TMA 18 aprel 2023 yil.

ANNOTATSIYA

Пародонт касалликлар тишларнинг қўллаб-қувватловчи тузилмаларига таъсир қилувчи, периопатогенлар ва хўжайин иммун тизими ўртасидаги мураккаб ўзаро таъсир натижасида бошланган ва тарқаладиган кўп факторли сурункали қайтмас яллиғланиш касаллиги. У микроб инфекцияси билан бошланади, сўнгра лейкоцитларнинг гиперактивлиги ва цитокинлар, эикозаноидлар ва матрицали металлопротеинлар ҳосил бўлишидан келиб чиққан пародонт тўқималарнинг шикастланиши билан кечади. Уларнинг диагностик хусусиятларини баҳолаш асосида гингивит ва сурункали пародонтитда оғиз суюқлигининг энг информацион лаборатория биомаркерлари цитокинлар ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ТНФ-а миқдорининг ўзгариши аниқланди. Пародонт касалликлар билан касалланган беморларда ушбу маркерларнинг диагностик самарадорлигини баҳолаш ва инвазив бўлмаган диагностикада эрта ташхислаш учун қўллаш имконини беради.

Kalit so‘zlar: Сурункали тарқалган пародонтит, гингивит, оғиз суюқлиги, периодонт, биомаркерлар, цитокинлар.

АННОТАЦИЯ

Заболевания пародонта — это многофакторное хроническое необратимое воспалительное заболевание, поражающее опорные структуры зубов, инициируемое и распространяющееся в результате сложного взаимодействия между периопатогенами и иммунной системой хозяина. Оно начинается с микробной инфекции, за которой следует повреждение тканей пародонта, вызванное гиперактивностью лейкоцитов и выработкой цитокинов, эйкозаноидов и матриксных металлопротеиназ. На основании оценки их диагностических свойств определены наиболее информативные лабораторные биомаркеры ротовой жидкости при

гингивитах и хронических пародонтитах ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО-α. Это позволяет оценить диагностическую эффективность этих маркеров у пациентов с заболеваниями пародонта и использовать их для ранней диагностики в неинвазивной диагностике.

Ключевые слова: Хронический диссеминированный пародонтит, гингивит, ротовая жидкость, пародонт, биомаркеры, цитокины.

ABSTRACT

Periodontal disease is a multifactorial chronic irreversible inflammatory disease that affects the supporting structures of the teeth, initiated and spread by a complex interaction between periopathogens and the host immune system. It begins with a microbial infection, followed by periodontal tissue damage caused by leukocyte hyperactivity and the production of cytokines, eicosanoids, and matrix metalloproteinases. Based on the assessment of their diagnostic properties, the most informative laboratory biomarkers of oral fluid in gingivitis and chronic periodontitis IL-1, IL-6, IL-8, TNF-α determined. It allows to evaluate the diagnostic efficiency of these markers in patients with periodontal diseases and to use them for early diagnosis in non-invasive diagnostics.

Keywords: Chronic disseminated periodontitis, gingivitis, oral fluid, periodontium, biomarkers,cytokines.

Цель: поиск эффективных методов ранней диагностики в соответствии с уровнями изменений биохимических и метаболических биомаркеров у пациентов с гингивитом и пародонтитом.

Материал и методы: под наблюдением были 68 соматически здоровых лиц и пациентов с умеренно выраженным хроническим диффузным пародонтитом. Контрольную группу составили 16 здоровых пациентов с хроническим пародонтозом в возрасте 30,3±2,1 года. Мужчин было 45 (66,1%), женщин 23 (33,9%).

Результаты: при хроническом пародонтите выявлено нарушение микроциркуляции, которое является важным патогенетическим механизмом развития воспалительного процесса. TNF-α, ИЛ-1, ИЛ-6 активируют синтез протеаз макрофагами, нейтрофилами, фибробластами и эндотелием. **Выводы:** определены наиболее информативные лабораторные биомаркеры ротовой жидкости при гингивитах и хронических пародонтитах, которые можно использовать для ранней диагностики заболевания.

Ключевые слова: хронический диссеминированный пародонтит, гингивит, ротовая жидкость, пародонт, биомаркеры, цитокины.

Мақсад: гингивит ва периодонтит билан оғриган беморларда биокимёвий ва метаболик биомаркерларнинг ўзгариши даражасига мувофиқ ерта ташхис қўйишнинг самарали усулларини излаш.

Материал ва усуллар: 68 соматик соғлом шахслар ва ўртача сурункали диффуз периодонтит билан оғриган беморлар кузатилди. Назорат гуруҳи сурункали periodontal касалликка чалинган 16 нафар соғлом бемордан иборат бўлиб, 30,3 нафар 2,1 ёш. 45 еркак (66,1%) ва 23 аёл (33,9%) бор еди.

Натижалар: сурункали периодонтитда яллиғланиш жараёнини ривожлантиришнинг муҳим патогенетик механизми бўлган микросиркуляциянинг бузилиши аниқланди. ТНФ-ассоциялар, ИЛ-1 ва ИЛ-6 макрофаглар, нейтрофиллар, фибробластлар ва ендотелий томонидан протеаз синтезини фаоллаштиради.

Хулоса: гингивит ва сурункали периодонтитда оғиз суюқлигининг енг информацион лаборатория биомаркерлари аниқланди, улар касалликни ерта ташхислаш учун ишлатилиши мумкин.

Kalit so‘zlar: сурункали тарқалган пародонтит, гингивит, оғиз суюқлиги, периодонт, биомаркерлар, цитокинлар.

Objective: To find effective methods for early diagnosis in accordance with the levels of changes in biochemical and metabolic biomarkers in patients with gingivitis and periodontitis. **Material and methods:** 68 somatically healthy individuals and patients with moderately severe chronic diffuse periodontitis were observed. The control group

consisted of 16 healthy patients with chronic periodontal disease aged 30.3±2.1 years. There were 45 men (66.1%), 23 women (33.9%). **Results:** In chronic periodontitis, a violation of microcirculation was revealed, which is an important pathogenetic mechanism for the development of the inflammatory process. TNF-α, IL-1, IL-6 activate the synthesis of proteases by macrophages, neutrophils, fibroblasts and endothelium. **Conclusions:** The most informative laboratory biomarkers of oral fluid in gingivitis and chronic periodontitis have been identified, which can be used for early diagnosis of the disease.

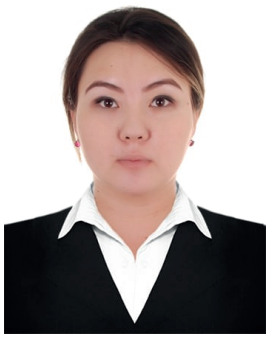
Key words: chronic disseminated periodontitis, gingivitis, oral fluid, periodontium, biomarkers, cytokines.

Терапевтическая стоматология

УДК: 616.31-006+616.31-002.2

ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НА ФОНЕ ГАЛЬВАНОЗА





Камилов Х.П., Мусаева К.А., Кадырбаева А.А., Каххарова Д.Ж.
Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Гальваноз - это патологическое состояние, характеризующееся воздействием гальванических токов на слизистую оболочку полости рта. Патогенетическую основу гальваноза составляет коррозия разнородных металлических материалов зубных протезов, вызванная электрохимическими процессами, протекающими в полости рта (Борисова Е.Г., Никитенко В.В., 2016)[1-2].

Одним из действенных диагностических тестов является снятие конструкций из разнородных металлов [3]. После исключения конструкций из разнородных сплавов пациенты, как правило, отмечают снижение или даже исчезновение неприятных ощущений [4-5]. Однако встречаются случаи, когда пациента предъявляют жалобы при наличии в полости рта протезов из одного сплава (Гречишников Н.С., 2017).

В данном исследовании гальванизм является фактором, способствующим развитию предраковых заболеваний полости рта [9], причем довольно часто встречающимся в последнее время, что в свою очередь говорит о необходимости контроля технической части ортопедической реабилитации.

Целью исследования является обоснование комплексного подхода к диагностике больных предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта на фоне гальваноза.

Материал и методы исследования. Было обследовано 150 пациентов с признаками гальваноза, обратившихся в отделение терапевтической стоматологии ТГСИ в период с 2019 – 2023 гг. Для выполнения задач исследования обратившиеся пациенты были обследованы клинически, с помощью потенциометрии, аутофлуоресцентной стоматоскопии, а ткаже цитологически с помощью методов Папаниколау и Абдуллаходжаевой-Крахмалева. Аутофлуоресцентная стоматоскопия проводилась в отделении кафедры

госпитальной терапевтической стоматологии. Цитологические методы исследования проводились на базе Республиканского паталогоанатомического центра.

Различный спектр жалоб, отмечавшихся у пациентов с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта, в виду многообразности поражений, рассматривался нами сослов пациента. Так, например, болезненность слизистой оболочки полости рта регистрировалась как наиболее частый признак, отмечавшийся у 92% пациентов, к тому же многие чувство боли ассоциировали с чувством жжения полости рта, отмечавшемся в 37% случаев. Кроме того, отмечалась шероховатость СОПР, чувство стянутости слизистой и чувство сухости СОПР. у 18% отмечалось чувство неловкости, либо неприятное ощущение при функциональных действиях полости рта. У 9% пациентов жалобы отсутствовали.

Потенциометрия подтвердила наличие микротоков в полости рта у всех исследуемых.

Все 150 исследуемых пациентов обследовались на наличие патологической флуоресценции СОПР. Так, у всех исследуемых регистрировалось повышенная либо сниженная интенсивность свечения при проведении аутофлуоресцентной стоматоскопии. При наведении луча аппарата на слизистую оболочку в области поражения отмечалось отличие флуоресценции в виде выделения четкого очага гиперкератоза более ярким свечением. При эрозивных поражениях напротив регистрировалось гашение свечения, выделявшее очаг поражения на фоне более яркой здоровой слизистой оболочки. Таким образом, у пациентов с КПЛ отмечалось снижение флуоресцеции СОПР в 85% случаев. У пациентов с лейкоплакией веруккозной формы отмечалось усиленная флуоресценция в виде яркого белого свечения в 14%. У 1 пациента отмечалось неоднородное свечение с наличием темных пятен, почти черных – полное гашение флуоресценции на фоне бурого или красного свечения окружающей слизистой, подтвержденное последующим морфологическом анализом как рак полости рта.

Анализ данных исследования по методу Абдуллаходжаевой-Крахмалева показал положительные результаты при проведении скриннигов с целью выявления начальных этапов развития малигнизации. Дисперсные светящиеся частицы были обнаружены в мазках пациентов с гальванозом даже при отстуствии клинических признаков. При воспалении альтеративные признаки эпителиальных структур давали картину единичных ДСЧ, что, дает нам возможнось говорить о возможном развитии клеточной атипии в будущем. Таким образом, можно судить о результативном проведении скрининговых иссследований с целью выявления предраковых заболеваний.

С помощью металлографического инвертированнного микроскопа и цифровой фотокамеры изображение помещалось на компьютер, что в дальнейшем помогло сопоставлять картину клинического и цитологического исследования.

Таким образом, были получены следующие данные. У 1 пациента были обнаружены интраэпителиальные ДСЧ в большом количестве.

Интересным фактом явилось то, что у 65% исследуемых пациентов при полном отсутствии цитологических изменений были зарегистрированы межклеточные ДСЧ, данная особенность говорит о том, что хронические заболевания, вызванные гальванизмом, в действительности считаются предраковыми не зря, в виду постепенного разрушения клеточных структур, и следующим этапом реструктуризации ткани может явиться дисплазия как этап клеточного атипизма. Таким образом, мы можем говорить о потенциальном риске озлокачествления при отсутствии необходимого лечения.

Выводы. Дисперсные светящиеся частицы по методу Абдуллаходжаевой-Крахмалева выявлены при гальванозе полости рта, при чем в большинстве случаев они множественные межклеточные, что говорит о риске развития злокачественных опухолей полости рта. С помощью метода Абдуллаходжаевой-Крахмалева совершенствована система адекватной оценки диагностики предраковых заболеваний на фоне гальваноза.

Список использованной литературы:

1. Nico M.M., Fernandes J.D., Lourenço S.V. Oral lichen planus. An Bras Dermatol. 2011;86:633-641. *https://doi.org/10.1590/s0365-05962011000400002*

2. Bánóczy J, Gintner Z, Dombi C. Tobacco Use and Oral Leukoplakia. J Dent Educ, 2001; 65: 322–327. *https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2001.65.4.tb03402.x*

3. Krikheli N.I. Results of autofluorescent stomatoscopy of lichen planus as a screening method for detecting precancerous and cancerous changes / N.I. Krikheli , N.N. Bulgakova, T.Yu. Pozdnyakova, E.Yu. Prokudin // Russian Dentistry. 2016; 9(4): 13-7. *https://doi.org/10.17116/rosstomat20169413-17*

4. NA Karpuk, SP Rubnikovich, IV Samsonova. Метод вторичной медицинской профилактики предопухолевых заболеваний слизистой оболочки рта // Stomatologist.-2020; 1(36):66-75 *https://doi.org/10.32993/stomatologist.2020.1(36).12*

5. Mehrotra R, Singh HP, Gupta SC, Singh M Trends of prevalence and pathological spectrum of head and neck cancers in North India. Indian Journal of Cancer Prev. 2005; 42(2): 89-92 *https://doi.org/10.4103/0019-509x.16698*

6. Bhadage CJ, Umarji HR, Shah K, Välimaa H. Vasodilator isoxsuprine alleviates symptoms of oral submucous fibrosis. Clin Oral Investig . 2013; 17: 1375-1382. *https://doi.org/10.1007/s00784-012-0824-z*

7. Angadi PV, Rao S. Management of oral submucous fibrosis: an overview. Oral Maxillofac Surg. 2010;14: 133-142. *https://doi.org/10.1007/s10006-010-0209-x*

8. Sudarshan R, Annigeri RG, Sree Vijayabala G. Aloe vera in the treatment for oral submucous fibrosis - a preliminary study. J Ora l Pathol Med. 2012; 41: 755-761. *https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2012.01168.x*

9 . Kamilov Kh.P. , Kadirbaeva AA, Musaeva KA Screening diagnostics of oral precancerous diseases.// American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2019; 9 (6):194-196.

http://article.sapub.org/10.5923.j.ajmms.20190906.04.html. Accessed November 18, 2020

Аннотация. По данным различных авторов доля предраковых заболеваний составляет от 18,2 до 19,8 % среди заболеваний слизистой оболочки полости рта. Гальваноз, при отсутствии надлежащих мер лечения, приводит к развитию многих заболеваний слизистой оболочки полости рта, включающих предраковые. Было обследовано 150 пациентов с признаками гальваноза, обратившихся в отделение терапевтической стоматологии ТГСИ. Дисперсные светящиеся частицы по методу Абдуллаходжаевой Крахмалева выявлены при гальванозе полости рта.

Ключевые слова: предраковые заболевания полости рта, гальваноз, цитология, диагностика

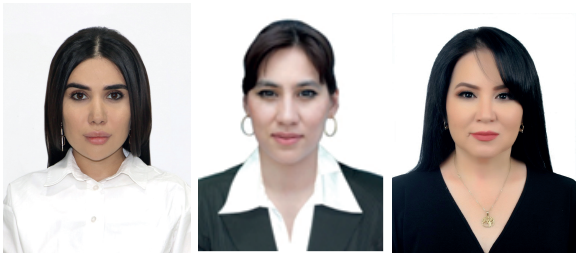
Аннотация. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари орасида прекансероз касалликларнинг улуши 18,2 дан 19,8% гача. Галваноз, тўғри даволаш чоралари бўлмаса, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг кўплаб касалликлари, шу жумладан прекансероз ривожланишига олиб келади. ТДСИ терапевтик стоматология бўлимига галваноз белгилари билан мурожаат қилган 150 нафар бемор текширилди. Оғиз бўшлиғининг галванози пайтида Абдуллахўжаева-Краҳмалев усули ёрдамида тарқалган ёруғлик зарралари аниқланган.

Калит сўзлар: оғиз бўшлиғининг саратон олди касалликлари, галваноз, ситология, диагностика

Abstract. According to various authors, the proportion of precancerous diseases ranges from 18.2 to 19.8% among diseases of the oral mucosa. Galvanosis, in the absence of proper treatment measures, leads to the development of many diseases of the oral mucosa, including precancerous ones. 150 patients with signs of galvanosis who applied to the department of therapeutic dentistry of the TGSI were examined. Dispersed luminous particles using the Abdullahodzhaeva-Krahmalev method were identified during galvanosis of the oral cavity.

Key words: precancerous diseases of the oral cavity, galvanosis, cytology, diagnostics.

ИЗМЕНЕНИЕ ЦИТОКИНОВОГО БАЛАНСА СЛЮНЫ ПОСЛЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ



Валиева Ф.А., Ирсалиева Ф.Х., Ирсалиева Ф.Х.
Ташкентский государственный стоматологический институт,
Ташкентская медицинская академия

В последние годы в Республике Узбекистан популярность приобретает косметическая стоматология. В этом плане решающую роль играет цвет естественных зубов. Для устранения дисколорита зубов применяется отбеливание эмалевого покрова зубов. Профессиональные, лазерное и химическое отбеливание способствует деструктивному и воспалительному процессу слизистой альвеолярного гребня [1,6]. В связи с этим своевременное определение содержания про- и противовоспалительных цитокинов в слюне является диагностическим критерием для стоматолога.

Цель исследования

Повышение эффективности отбеливания зубов и состояние цитокинов смешенной слюны после фотодинамического и лазерного отбеливания зубов.

Материал и методы

Клинико-иммунологическое исследование полости рта после фотодинамического и лазерного отбеливания зубов проведено у 70 добровольцев в возрасте от 18 до 35 лет, которые были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 30 человек (11 мужчин и 19 женщин), которым проведено фотодинамическое отбеливание зубов. Во 2-ю группу включены 30 человек (10 мужчин и 20 женщин), которым было проведено лазерное отбеливание зубов. Контрольную группу составили 10 человек с нормальным цветом зубов, которым отбеливание зубов не проводилась.

Для фотодинамического отбеливания использовали аппарат Барва-Флекс/СИК, с длиной волны 470 нм, со светодиодным излучением фотонной матрицы Коробова (рис. 1).



Рис. 1. Фотодинамическое отбеливание зубов.

Поверхность фронтальных зубов обрабатывали гелем Amazing White Premium. Облучение проводилась двукратно по 15 минут каждый [2,5,6].

Лазерное отбеливание проводили с помощью аппарата TOPAZ 3000 series CU-80 Amazing White Limited (рис. 2).

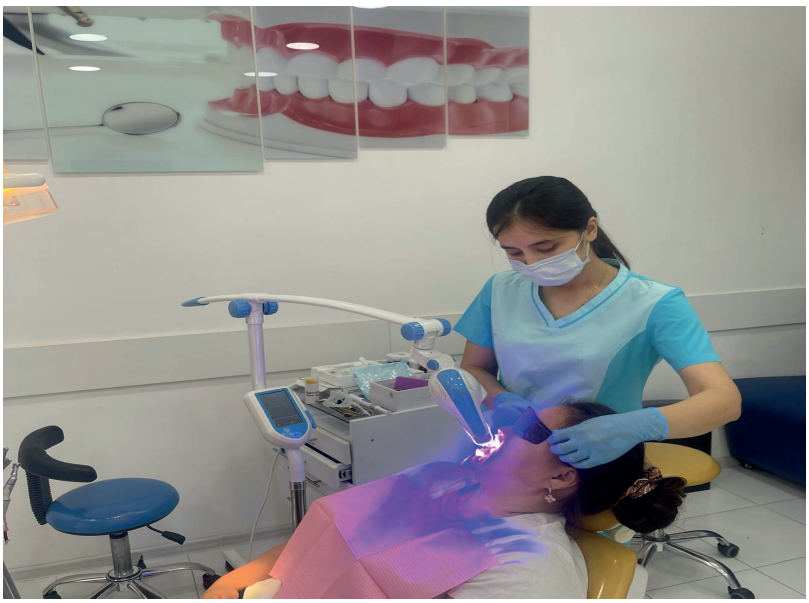


Рис. 2. Лазерное отбеливание зубов.

После обработки вестибулярных поверхностей фронтальных зубов названным гелем проводили облучение лазерным лучом в течение 15 минут. Эту процедуру повторяли 3 раза [3].

После профессионального отбеливания проводили реминерализацию зубов.

Для определения цитокинового спектра смешенной слюны в специальную пробирку с плотно закрывающейся пробкой собрали слюну до и после отбеливания зубов. В слюне определяли содержание интерлейкина-1 (ИЛ-1), интерлейкина-6 (ИЛ-6) на автоматическом иммуноферментном анализаторе Biochem Analitte (США). Иммунологические исследования проводили в Институте иммунологии и геномики человека АН РУз.

Визуальную оценку отбеливания зубов и определение уровня цитокинов в слюне осуществляли до, сразу после и спустя 7-й день после отбеливания.

Результаты и обсуждение.

При дисколорите зубов пациенты жалуются на неудовлетворительный цвет зубов. Часто пациенты изолируются от общества и впадают в депрессию. Наличие каких-либо эстетических недостатков нередко приводит к возникновению не только психологических, но и психосоматических проблем [6].

После тщательной гигиены полости рта оценивали цвет естественных зубов. Часто зубы до профессионального отбеливания были жёлтого, а иногда коричневого цвета. После отбеливания белизну зубов оценивали по шкале VITA Bleached guide. Сегодня для стоматолога, который занимается отбеливанием зубов, шкала VITA является необходимым атрибутом, помогающим правильно определить оттенок зуба. Она представлена в виде таблицы или палитры, на которой изображены все возможные оттенки эмали зубов.

При определении цвета зубов стоматологи пользуются образцами из этой шкалы, прикладывая их к зубам пациента. В норме белоснежных зубов не бывает, они имеют желтоватый оттенок. В нашем случае пациенты, входящие в 3-ю группу, имели второй или третий тон цвета по шкале VITA. До отбеливания у пациентов 1-й и 2-й группы цвет зубов варьировал между четвертым и шестыми тонами.

После фотодинамического отбеливания цвет фронтальных зубов стал светлее на два тона, после лазерного отбеливания – на четыре тона.

У пациентов 1-й и 2-й групп до отбеливания индекс гигиены полости рта Green – Vermilion (OHI-S) составил 2,42±0,1. Пародонтальный индекс (Pi) равнялся 4,31±0,2, что превышало контрольный уровень.

Гигиенические индексы после отбеливания зубов у пациентов 1-й и 2-й групп не различались.

В связи с тем, что профессиональное отбеливание зубов широко используются в практической стоматологии, важное значение приобретают научно-обоснованное заключение о его эффективности и безопасности.

На сегодняшний день известен ряд побочных действий профессионального отбеливания зубов. Часто рассеивающие лучи лазера вызывают воспаление слизистой оболочки десен. Иногда наблюдается патология твердых тканей зубов в виде очаговой деминерализации эмали [3]. В связи с этим изучение цитокинового спектра слюны становится актуальным [4]. Некоторые авторы считают, что интерлейкин (ИЛ)-1 инициирует ответ острой фазы воспаления, вызывая экспрессию множества медиаторов воспаления, в том числе ИЛ-6. Про- и противовоспалительные цитокины способствуют миграции Т-лимфоцитов в эту зону, что приводит к клиническим проявлениям воспаления. Присутствие в этой зоне ИЛ-6 характеризует выраженность патологических изменений.

Как было отмечено выше, уровень цитокинов определяли иммуноферментным методом, чего строили калибровочную кривую.

Таблица

Уровень цитокинов (пг/мл) у обследованных больных до и в разные сроки после отбеливания

Группа	До отбеливания	После отбеливания	Через 7 дн. после отбеливания
Контроль	130,1±0,1/2,4±0,4		
1-я	140,1±2,1 2,3±0,2	170±2,6 4,2±0,31	146±1,3 3,0±0,34
2-я	141,2±3,1 2,4±0,1	176±2,6 4±0,4	189±1,4 4,6±0,3

Примечание. В числителе значения ИЛ-1, в знаменателе – ИЛ-6.

Как видно из таблицы, уровень ИЛ-1 после фотодинамического отбеливания повышается и имеет тенденцию к снижению через 7 дней. У пациентов 2-й группы, у которых проводили лазерное отбеливание, уровень ИЛ-1 оставался высоким и через на 7-й день наблюдения.

Уровень ИЛ-6 у обследованных 1-й группы после фотодинамического отбеливания повышается в слюне в 2 раза, а через 7 дней несколько снижается.

После лазерного отбеливания у пациентов 2-й группы уровень ИЛ-6 резко повышается и через 7 дней не снижается.

На основании полученных результатов можно утверждать, что фотодинамическое отбеливание зубов можно применять в практической стоматологии. Аппарат Барво – Флекс/СИК для фотодинамической терапии за счет гибкой проводки можно локально направлять на отдельные зубы, без рассевания ее на слизистую альвеолярного гребня.

Литература

1. Зорина О.А., Кречина Е.К., Абаев З.М. и др. Анализ глубины проникновения геля фотосенсибилизатора в структуру тканей зубов // Стоматология. – 2018. – Т. 97, №6. – С. 22-27.

2. Зорина О.А. и др. Оценка эффективности фотодинамического отбеливания зубов // Стоматология. – 2020. – №3. – С. 27-31.

3. Макарова И.Е., Винникова Ю.А. Спектрофотометрические методы диагностики очаговой деминерализации эмали зубов // Стоматология. – 2017. – Т. 96, №6. – С. 9-11.

4. Рабимович О.Ф., Робимович И.М., Абрамова Е.С. Эпидемиология, этиология, патогенез, буллезных поражений слизистой оболочки рта // Стоматология. – 2019. – Т. 98, №2. – С. 71-75.

5. Ризаев Ж.О. и др. // Stomatologiya. – 2017. – №4. – С. 73-75.

6. Успенская О.А. и др. Исследование клинико-гистологических показателей при профессиональном отбеливании зубов // Стоматология – 2020. – Т. 99, №3. – С. 11-17.

Цель: повышение эффективности отбеливания зубов и состояние цитокинов смешенной слюны после фотодинамического и лазерного отбеливания зубов.

Материал и методы: клинико-иммунологическое исследование полости рта после фотодинамического и лазерного отбеливания зубов проведено у 70 добровольцев в возрасте от 18 до 35 лет, которые были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 30 человек (11 мужчин и 19 женщин), которым проведено фотодинамическое отбеливание зубов. Во 2-ю группу включены 30 человек (10 мужчин и 20 женщин), которым было проведено лазерное отбеливание зубов. Контрольную группу составили 10 человек с нормальным цветом зубов, которым отбеливание зубов не проводилась.

Результаты: уровень ИЛ-1 после фотодинамического отбеливания повышается и имеет тенденцию к снижению через 7 дней. У пациентов 2-й группы, у которых проводили лазерное отбеливание, уровень ИЛ-1 оставался высоким и через на 7-й день наблюдения. Уровень ИЛ-6 у обследованных 1-й группы после фотодинамического отбеливания повышается в слюне в 2 раза, а через 7 дней несколько снижается. После лазерного отбеливания у пациентов 2-й группы уровень ИЛ-6 резко повышается и через 7 дней не снижается.

Выводы: фотодинамическое отбеливание зубов можно применять в практической стоматологии.

Ключевые слова: профессиональное отбеливание зубов, цитокинового баланс слюны.

Maqsad: tishlarni oqartirish samaradorligini va tishlarni fotodinamik va lazerli oqartirishdan keyin aralash tupurikdagi sitokinlar holatini oshirish.

Material va usullar: 18 yoshdan 35 yoshgacha bo‘lgan 70 nafar ko‘ngillida fotodinamik va lazer tishlarini oqartirishdan so‘ng og‘iz bo‘shlig‘ini klinik va immunologik tekshirish ikki guruhga bo‘lingan. 1-guruhga 30 kishi (11 erkak va 19 ayol) kirdi, ular fotodinamik tishlarini oqartirdi. 2-guruhga

30 kishi (10 erkak va 20 ayol) kirdi, ular lazer tishlarini oqartirdi. Nazorat guruhi tishlari oqlashdan o‘tmagan, tishlari normal rangga ega bo‘lgan 10 kishidan iborat edi.

Natijalar: IL-1 darajasi fotodinamik sayqallashdan keyin ortadi va 7 kundan keyin pasayish tendentsiyasiga ega. Lazerli oqlashdan o‘tgan 2-guruhdagi bemorlarda IL-1 darajasi kuzatuvning 7-kunida yuqoriligicha qoldi. Fotodinamik oqartirilgandan so‘ng 1-guruhda tekshirilganlarda IL-6 darajasi tupurikda 2 marta ko‘paydi va 7 kundan keyin u biroz pasaydi. 2-guruhdagi bemorlarda lazerli oqlashdan keyin IL-6 darajasi keskin oshadi va 7 kundan keyin kamaymaydi.

Xulosa: fotodinamik tishlarni oqartirish amaliy stomatologiyada qo‘llanilishi mumkin.

Kalit so‘zlar: professional tishlarni oqartirish, tupurikning sitokin balansi.

Objective: Increasing the effectiveness of teeth whitening and the state of cytokines in mixed saliva after photodynamic and laser teeth whitening.

Material and methods: A clinical and immunological study of the oral cavity after photodynamic and laser teeth whitening was carried out in 70 volunteers aged 18 to 35 years, who were divided into two groups. Group 1 included 30 people (11 men and 19 women) who underwent photodynamic teeth whitening. Group 2 included 30 people (10 men and 20 women) who underwent laser teeth whitening. The control group consisted of 10 people with normal teeth color, who did not undergo teeth whitening.

Results: IL-1 levels increase after photodynamic bleaching and tend to decrease after 7 days. In patients of group 2 who underwent laser whitening, the level of IL-1 remained high on the 7th day of observation. The level of IL-6 in those examined in group 1 after photodynamic bleaching increased in saliva by 2 times, and after 7 days it decreased slightly. After laser whitening in patients of group 2, the level of IL-6 increases sharply and does not decrease after 7 days.

Conclusions: photodynamic teeth whitening can be used in practical dentistry.

Key words: professional teeth whitening, cytokine balance of saliva.

Хирургическая стоматология

УДК: 616.314-089.843:311.2-615.849.19

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕСНЕВОГО КОНТУРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА КОРРЕКЦИИ ПАРАМЕТРОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ВОКРУГ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ



Мирхусанова Р.С., Шомуродов К.Э., Журакулов Н.Ш.
Ташкентский государственный стоматологический институт

По мнению большинства исследователей, прикрепленная кератинизированная десна (ПКД) необходима для защиты области соединения имплантата от механических травм любого типа и исключения пенетрации патогенных микроорганизмов [1,2]. Недостаточная ширина ПКД приводит к дополнительным хирургическим вмешательствам, что становится причиной дискомфорта и стресса у пациентов, увеличивает сроки и стоимость реабилитации пациентов с протезами с опорой на дентальные имплантаты (ДИ) [4-6]. Известны различные методы увеличения ширины ПКД. В основном применяется трансплантация и пластика мягких тканей,

при которой ПКД увеличивается за счёт смещения и переворачивания лоскутов различной формы. Хирургические методы коррекции сопряжены с риском развития осложнений, неудовлетворительными результатами и дополнительной травмой, на которую мягкие ткани могут реагировать по-разному [3]. Всё вышеперечисленное диктует необходимость разработки менее инвазивных и более простых методов для достижения оптимального фенотипа и ширины ПКД вокруг дентальных имплантатов.

Цель исследования

Изучение влияния малоинвазивного метода лазерной биомодификации мягких тканей вокруг дентальных имплантатов на этапе формирования контура десневой манжетки.

Материал и методы

Клиническое исследование «split-mouth» проведено на 20 больных с частичной вторичной адентией, отобранных по следующим критериям включения: 1) наличие двустороннего концевого или включённого дефекта дистальных отделов зубного ряда; 2) ширина ПКД вокруг ДИ менее 2 мм; 3) наличие 1-3-х имплантатов, установленных тремя месяцами ранее в дистальной части челюсти; 4) подписанное информированное согласие. Критериями исключения были следующие: 1) возраст моложе 18 и старше 70 лет; 2) полная адентия; 3) наличие рубцов, язв, эрозий; 4) неудовлетворительная гигиена, курение; 5) мукозит, периимплантит; 6) отказ пациента от участия или неявка; 7) пародонтит средней и тяжёлой степени тяжести. Общие критерии исключения: беременность, лактация, хронические заболевания в стадии декомпенсации, опухолевые процессы, нарушение гемостаза, воспалительные и аутоиммунные заболевания, вирусный гепатит, СПИД и туберкулез.

Было применено 2 вида вмешательств второго этапа дентальной имплантации и одномоментного устранения недостаточности ПКД: 1) техника модифицированного скрученного лоскута (МСЛ) и 2) иссечение десны в проекции заглушки ДИ диодным лазером DIOMAX® (KLS Martin Group, Германия) и неабляционный лазерный фототермолиз (НЛФ). Всего проведено 4 сеанса НЛФ с интервалом в 10-14 дней.

Толщину и ширину ПКД оценивали через 2 месяца (t1) после установки формирователя десны (ФД), а также через 3 (t2) и 6 (t3) месяцев после фиксации ортопедической конструкции. По рентгенограммам определяли уровень маргинальной костной ткани, угол и профиль прорезывания. Статистический анализ выполнен при помощи программы OriginPro 8.6 (OriginLab Corporation, США) применяя метод Two-sample t-Test. Значение p менее 0,05 считалось статистически значимым.

Результаты исследования

Согласно результатам контрольного обследования, лечение проходило без каких-либо признаков воспаления и образования рубцов. На стороне пластики техникой МСЛ в течение 3-х дней наблюдались постоперационные боли. Далее интенсивность боли снижалась с постепенным её купированием. У 4 (14,8%) пациентов с тонким фенотипом десны наблюдалось расхождение швов, что послужило показанием к повторному вмешательству. Среднее время вмешательства техникой МСЛ составило 15,24±1,28 минуты и 2,25±0,95 минуты раскрытие диодным лазером.

Анализ восстановления десневого сосочка показал, что НЛФ благоприятно влияет не только на формирование мягких тканей вокруг ДИ, но и на сохранение полученного объёма после установки протезов – десневые сосочки на 84% участков заполняли всё проксимальное пространство. В области пластики МСЛ было восстановлено 67% высоты мезиального и 52% дистального десневого сосочка. После фиксации протеза в 8% участков наблюдалось также уменьшение высоты десневого сосочка, что связано с функциональной нагрузкой.

Изучение толщины десны показало, что её увеличение ко второму месяцу после установки ФД происходило за счёт коллатерального отёка в ответ на оперативное

вмешательство (техникой МСЛ). Далее толщина десны уменьшилась на 5% из-за окклюзионной нагрузки. На участках воздействия диодным лазером наблюдалось незначительное уменьшение толщины десны за счёт функциональной нагрузки через 3 и 6 месяцев после фиксации протезов. В среднем толщина десны увеличилась на 13% по сравнению с исходным значением (табл. 1), что обусловлено биологическим эффектом НЛФ – активация неоколлагенеза и уплотнение ткани.

Таблица 1

Динамика изменения ширины и толщины десны, M(m), мм

Параметр	Техника МСЛ, n=27				Диодный лазер, n=25			
	t0	**t1**	**t2**	**t3**	**t0**	**t1**	**t2**	**t3**
Ширина ПКД	1,15 (0,22)	3,34 (0,58)	3,21 (0,24)	3,12 (0,18)	1,08 (0,25)	3,72 (0,18)	3,68 (0,15)	3,62 (0,08)
Толщина ПКД	1,48 (0,52)	1,79 (0,76)	1,64 (0,60)	1,40 (0,56)	1,46 (0,58)	1,72 (0,39)	1,70 (0,33)	1,68 (0,29)

Примечание. t0 – до вмешательства (исходное значение), t1 – через 2 месяца после установки ФД, t2 – через 3 мес., t3 – через 6 мес. после фиксации ортопедической конструкции.

Итоговые значения ширины ПКД в среднем составили 3,12±0,08 мм на участках пластики МСЛ и 3,62±0,17 мм – после доступа диодным лазером и сеансов НЛФ. Прирост показателя составил соответственно 1,48±0,26 и 1,92±0,06 мм.

Риск возникновения периимплантита значительно возрастает при величине угла прорезывания более 30° и выпуклом профиле прорезывания. В области воздействия диодным лазером прямой и вогнутый профили сформировались в 84% случаев. Выпуклый профиль отмечался на 4 мезиальных и 5 дистальных участках, а при технике МСЛ – на 8 мезиальных и 8 дистальных. Угол прорезывания в группе диодного лазера во всех случаях был меньше 30°, тогда как в группе МСЛ у 4 больных угол был больше или равен 30° (табл. 2). Наиболее интенсивная резорбция как с мезиальной, так и с дистальной стороны отмечалась в области пластики МСЛ. В среднем потеря высоты была равна 0,41±0,05 мм с мезиальной и 0,37±0,08 мм – с дистальной стороны. На участках воздействия диодным лазером средний показатель был равен соответственно 0,24±0,02 и 0,28±0,04 мм.

Таблица 2

Характеристика сформированных профилей и углов прорезывания

Параметр прорезывания	МСЛ, n=27	Лазер, n=25
Профиль, мез/дис**:**		
- прямой	10/12	10/8
-вогнутый	9/7	11/12
- выпуклый	8/8	4/5
Угол, M/m:		
- мезиальный ()	25,27 (4,34)	20,44 (2,82)
- дистальный (M/m)	21,85 (5,86)	11,28 (3,42)

Таким образом, лазерная биомодификация мягких тканей вокруг ДИ является перспективным малоинвазивным методом коррекции параметров десны, позволяющим сократить объём оперативного вмешательства, избежать развития постоперационных осложнений, характерных для традиционных хирургических способов

(кровотечение, расхождение швов, грубое рубцевание, воспаление и т.д.). Стабильные параметры мягких тканей околоимплантатной зоны значительно снижают риск возникновения мукозита и периимплантита, обеспечивая долгосрочный положительный прогноз.

Литература

1. Брайловская Т.В., Ведяева А.П., Калинин Р.В. и др. Увеличение ширины кератинизированной прикрепленной десны у пациентов при проведении дентальной имплантации // Сеченовский вестн. – 2018. – №4.

2. Хабилов Н., Мун Т., Усманов Ф. Применение дентальных имплантатов различной конструкции для восстановления дефектов зубных рядов // Медицина и инновации. – 2021. – Т. 1, №4. – С. 436-442.

3. Шомуродов К.Э., Мирхусанова Р.С., Журакулов Н.Ш. Значение кератинизированной десны при протезировании с опорой на дентальные имплантаты и методы увеличения её ширины (обзор литературы) // Интегративная стоматол. и челюстно-лицевая хир. – 2023. – №2 (1). – С. 82-89.

4. Ярёменко А.И., Зерницкий А.Ю., Зерницкая Е.А. Экспериментальное изучение фракционного лазерного воздействия на слизистую оболочку в зоне дентальной имплантации // Пародонтология. – 2018. – Т. XXIV, №3. – С. 59-63.

5. Mun T.O., Khabilov N.L., Usmanov F.K. et al. Experience of Experimental Application of Rational Design of Domestic Dental Implant // Central Asian J. Med. Nat. Sci. – 2021. – Vol. 2, №5. – P. 5-11.

6. Shomurodov K., Mirkhusanova R. Application of the soft tissue expanding technique before guided bone regeneration of an atrophic alveolar ridge // J. Health. Transl. Med. – 2023. – Vol. 26, №1. – P. 170-178.

Цель: изучение влияния малоинвазивного метода лазерной биомодификации мягких тканей вокруг дентальных имплантатов на этапе формирования контура десневой манжетки.

Материал и методы: клиническое исследование «split-mouth» проведено на 20 больных с частичной вторичной адентией.

Результаты: важными факторами в долговременном и стабильном результате дентальной имплантации являются: наличие достаточного объема костной ткани, прикрепленной кератинизированной десны, адекватная гигиена полости рта и правильное позиционирование имплантата. На срок службы дентальных имплантатов и ортопедических конструкций влияют биотип, функциональное состояние и реактивные свойства мягких тканей в области имплантации.

Выводы: лазерная биомодификация мягких тканей вокруг дентальных имплантатов является перспективным малоинвазивным методом коррекции параметров десны, позволяющим сократить объём оперативного вмешательства, избежать развития постоперационных осложнений, характерных для традиционных хирургических способов (кровотечение, расхождение швов, грубое рубцевание, воспаление и т.д.).

Ключевые слова: прикреплённая кератинизированная десна, диодный лазер, слизисто-надкостничный лоскут, формирователь десны, десневой контур.

Maqsad: gingival manjet konturini shakllantirish bosqichida tish implantlari atrofidagi yumshoq to‘qimalarni lazer biomodifikatsiyasining minimal invaziv usuli ta’sirini o‘rganish.

Material va usullar: qisman ikkilamchi adentiya bilan og‘rigan 20 nafar bemorda «ajratilgan og‘iz» klinik tadqiqoti o‘tkazildi.

Natijalar: Tish implantatsiyasining uzoq muddatli va barqaror natijalarining muhim omillari quyidagilardir: etarli suyak to‘qimalarining mavjudligi, keratinlangan saqich, etarli og‘iz gigienasi va implantning to‘g‘ri joylashishi. Tish implantlari va ortopedik tuzilmalarning xizmat qilish muddati implantatsiya sohasidagi yumshoq to‘qimalarning biotipi, funktsional holati va reaktiv xususiyatlariga ta’sir qiladi.

Xulosa: tish implantlari atrofidagi yumshoq to‘qimalarning lazerli biomodifikatsiyasi tish go‘shti parametrlarini to‘g‘rilashning istiqbolli minimal invaziv usuli bo‘lib, jarrohlik aralashuvi hajmini kamaytirishga va an’anaviy jarrohlik usullariga xos bo‘lgan operatsiyadan keyingi asoratlarni rivojlanishiga yo‘l qo‘ymaslikka imkon beradi (qon ketish, tikuvlarni ajratish, qo‘pol chandiqlar, yallig‘lanish va boshqalar).

Kalit so‘zlar: biriktirilgan keratinlashtirilgan saqich, diod lazer, mukoperiostal qopqoq, gingival shakllantiruvchi, gingival kontur.

Objective: To study the effect of a minimally invasive method of laser biomodification of soft tissues around dental implants at the stage of forming the contour of the gingival cuff.

Material and methods: A “split-mouth” clinical study was conducted on 20 patients with partial secondary adentia.

Results: Important factors in long-term and stable results of dental implantation are: the presence of sufficient bone tissue, attached keratinized gum, adequate oral hygiene and correct positioning of the implant. The service life of dental implants and orthopedic structures is influenced by the biotype, functional state and reactive properties of soft tissues in the area of implantation.

Conclusions: Laser biomodification of soft tissues around dental implants is a promising minimally invasive method for correcting gum parameters, allowing to reduce the volume of surgical intervention and avoid the development of postoperative complications characteristic of traditional surgical methods (bleeding, suture dehiscence, gross scarring, inflammation, etc.).

Key words: attached keratinized gum, diode laser, mucoperiosteal flap, gingival former, gingival contour.

Ортопедическая стоматология

УДК: 616.314-089.23-055.2-036-07

ФЕРТИЛ ЁШДАГИ АЁЛЛАР ОРТОПЕДИК СТАТУС КЎРСАТКИЧЛАРИ ТАВСИФИ





Курязов А.К., Олимов С.Ш.

Бухоро давлат тиббиёт институти, Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Турли ёшдаги аёллар стоматологик статусини аниқлаш, стоматологик саломатликни баҳолаш, ушбу патологик ҳолатлар учраш даражасини аниқлаш асосида улар орасида стоматологик касалликлар тарқалганлиги, улардан қолаётган асоратлар, даволаш ва профилактикасига янгича ёндошган ҳолда даволаш-профилактика тадбирларини ишлаб чиқиш амалга оширилган тадқиқотлар мавжуд.

Аммо фертил ёшдаги аёлларнинг турар жойига боғлиқ ҳолда қиёсий ўрганиш, уларга кўрсатилаётган стоматологик хизмат сифатини баҳолаш, ушбу мутахассисларга бўлган эҳтиёжни қишлоқ шароитига мос аниқлаш муҳим бўлиб, клиник ва профилактик стоматология билан бир қаторда экологик стоматология йўналишининг ривожланишига ҳисса қўшади [6-8,16-18,20].

Шундан келиб чиққан ҳолатда, қишлоқ шароитида доимий яшовчи фертил ёшидаги аёллар (19-49 ёш) стоматологик саломатлиги стоматологик кўрик ва респондентлар орасида сўров-интервью усулида стоматологик касалликлар бўйича тиббий билим даражасини аниқлаш бўйича ўрганилди.

Бугунги кунгача ҳам кўпчилик соматик касалликлар сингари стоматологик касалланишни ўрганиш ва баҳолаш учун беморлар шикоятларини аниқлаш ва қиёсий таҳлил қилиш муҳим, чунки беморларнинг субъектив таассуротлари уларни объектив текшириш натижалари билан мос келиши, касалликларнинг дифференциал ташхисини ўтказиш ҳамда даво тактикасини белгилаш учун зарурдир [1,2,4,5,14,15].

Тадқиқот мақсади

Фертил ёшдаги аёлларда стоматологик касалликларни даволашда ортопедик ёндашувни такомиллаштириш.

Материал ва усуллар

Барча ўрганилган фертил ёшдаги аёллар (19-49 ёш) типик қишлоқ туманлари бўлган Боғот ва Янгибозор туманларида доимий яшаётган аёллар бўлишди (асосий гуруҳ), Урганч шаҳрида доимий истиқомат қилувчи аёллар таққослаш мақсадида ўрганилди (қиёслаш гуруҳи). Жами Боғот туманидан 986 нафар, Янгибозор туманидан 933 нафар, Урганч шаҳридан 855 нафар репродуктив ёшдаги аёллар ўрганилди, шунга мос равишда қишлоқ аҳолиси 1919 нафарни (69,18±0,88%) шаҳар аҳолиси 855 нафарни (30,82±0,88%) ташкил қилди. Туманлар ва шаҳардан олинган текширилувчилар сони бир-бирига яқин бўлиб, натижалар репрезентативлиги кўрсатиб берилди. Боғот тумани - Хоразм вилоятининг жануби-шарқий қисмида жойлашган бўлиб, Гарб ва шимолда вилоятнинг Янгиарик ва Хонка туманлари билан, Амударё билан, шарқда Хозарасп тумани ва жанубда Туркманистон билан чегарадош Боғот туманида 11та қишлоқ фуқаролар йигини Бешарик , Богот, Дехконбозор, Маданият, Найман, Хитой, Хужалик, Кизилравот, Кипчок, Кораёнток, Кулонкаробог бор, маркази Богот шаҳарчаси майдони 443 км^2, аҳолиси 172573 киши, шулардан болалар 0-14 ёшдагилар 51056 та 15-17 ёшдагилар 8017 та, аёллар 87051та кишидан иборат. Ушбу аёлларнинг 45882 та нафари текшириш мобайнида фертил ёшидаги аёллар бўлиб, бу барча аёлларнинг 52%ини ташкил этди. Туман типик қишлоқ тумани бўлиб, аграр соҳага мослашган. Тадқиқотлар Богот тумани Бешарик қишлоғига карашли Нурафшон ва Ашхобод маҳалла фуқаролар йиғинларига қарашли қишлоқларида доимий яшовчи фертил ёшдаги аёллар орасида ўтказилди.

Барча ўрганилган фертил ёшдаги аёллар (19-49 ёш) типик қишлоқ туманлари бўлган Боғот ва Янгибозор туманларида доимий яшаётган аёллар бўлишди (асосий гуруҳ), Урганч шаҳрида доимий истиқомат қилувчи аёллар таққослаш мақсадида ўрганилди (қиёслаш гуруҳи). Жами Боғот туманидан 986 нафар, Янгибозор туманидан 933 нафар, Урганч шаҳридан 855 нафар репродуктив ёшдаги аёллар ўрганилди, шунга мос равишда қишлоқ аҳолиси 1919 нафарни (69,18±0,88%) шаҳар аҳолиси 855 нафарни (30,82±0,88%) ташкил қилди. Туманлар ва шаҳардан олинган текширилувчилар сони бир-бирига яқин бўлиб, натижалар репрезентативлиги кўрсатиб берилди [3,4,6-8,16,21].

Ўрганилаётган ёшдаги, қишлоқ шароитида муқим истиқомат қилувчи аёллар стоматологик статусини аниқлаб, уларнинг стоматологик саломатлигини баҳолашда ортопедик статусни аниқлаш, ушбу хизматга бўлган эҳтиёжни баҳолаш муҳим аҳамият касб этади. Шу сабабли ушбу аёлларни стоматологик кўрикдан ўтказишда ушбу жиҳатларга баҳо беришни ҳам лозим топдик.

Маълумки, ортопедик стоматология тишларни протезлаш билан ёки улар структураси ва функциясини тиклаш билан шуғулланади. Ушбу мутахассислар қинирлар, қопламалар, кўприклар, олиб қўйиладиган протезлар ёки имплантлар тутиб турадиган протезлар қўйиш билан шуғулланишади. Ўрганилаётган контингент катта ёшлилар бўлганлиги сабабли тиш аномалиялари ва деформациялари билан шуғулланадиган ортодонтик тадқиқотларга тўхталмадик.

Ортопедик статусга баҳо беришдан олдин стоматологияда кенг қўлланиладиган КПУ кўрсаткичига тўхталдик, бу параметр тишларнинг кариес билан зарарланганлик даражасини кўрсатади. Кариес бўлган, пломба қўйилган ва олиб ташланган тишлар йиғиндиси (К+П+ОТ) ушбу шахсда

кариоз жараён интенсивлигини баҳолаш имконини беради. Улар бўйича олинган ўртача кўрсаткич бўлса, бутун популяция тўғрисида сўз юритишга имконият яратади. Шуни алоҳида таъкидлаш жоизки, ушбу кўрсаткични аниқлашда кариоз зарарланишининг эрта кўринишлари, масалан доғ босқичи, ҳисобга олинмайди. КПУ индекси юқори ахборот берувчи қийматга эга бўлгани сабабли ҳам ўрганилган контингентда шу кўрсаткичга баҳо берилди.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, Боғот туманида истиқомат қилувчи фертил ёшдаги аёлларда кариес сони ўртача 792 тани, пломбалар сони ўртача 714 тани, олиб ташланган тишлар сони ўртача 941 тани ташкил этди. Буларга қўшимча равишда тишлардаги қопламалар сони ўртача 615 тани ташкил этгани аниқланди. Агар олинган кўрсаткичларни тадқиқотларга жалб қилинган аёллар сонига бўлсак (n=986), КПУ билан зарарланганлик даражаси келиб чиқади. Ҳисоблашлар шуни кўрсатдики кариес (К) 0,80 тани, пломбалар ҳар бир аёлга 0,72 тани, олиб ташланган тишлар сони 0,95 тани ташкил этди, бунга қушимча равишда тиш қопламалари хар бир аёлга 0,62 тани ташкил қилди (1-жадвал).

1-жадвал

Қишлоқ туманларида яшовчи фертил ёшдаги аёлларда КПУ ҳамда тиш қопламаларининг ҳар бир аёлда учраш даражаси параметрлари, умумий текширилганларга кўра ўртача қавати касалликлари учрашининг қиёсий кўрсаткичлари

Туманлар	КПУ кўрсаткичлари			ТҚ
	К	П	ОТ	
Боғот тумани, n=986	0,80	0,72	0,95	0,62
Янгибозор тумани, n=933	0,94	0,96	0,81	0,39
Урганч шаҳри, n=855	0,85	0,93	0,66	0,52
Жами, n=2774	0,86	0,87	0,82	0,51

Изоҳ. К – кариес, П – пломба, ОТ – олиб ташланган, ТҚ – тиш қопламалари.

Айнан шу кўрсаткичлар Янгибозор туманида яшовчи туғиш ёшидаги аёлларда ҳам ўрганилди. Олинган натижалар кариеснинг 873 тани, пломбалар 896 тани, олиб ташланган тишлар 755 тани кўрсатди, тиш қопламалари бўлса, 365 та бўлгани аниқланди. Олдинги туманга ўхшаб, ушбу кўрсаткичларнинг текширилган аёлларга (n=933) нисбатини чиқардик. Шунда кариес кўрсаткичи ўртача 0,94 тани, пломбалар сони 0,96 тани, олиб ташланган тишлар 0,81 тани, тиш қопламалари сони 0,39 тани ташкил этди.

Ушбу қишлоқ туманлари параметрлари шаҳарлик (Урганч шаҳри) фертил ёшидаги аёллар стоматологик кўрсаткичлари билан солиштирилди. Ушбу аёлларда (n=855) кариес 730 тани, пломбалар 792 тани, олиб ташланган тишлар 567 тани ва тиш қопламалари сони 445 тани ташкил этгани аниқланди. Агар бу кўрсаткичларни ўрганилган аёллар сонига бўлсак қуйидаги нисбатлар келиб чиқади: кариес – ўртача 0,85; пломба – ўртача 093; олиб ташланган тишлар ўртача 0,66; тиш қопламалари – ўртача 0,52.

Агар уларнинг қиёсий таҳлилига тўхталадиган бўлсак, кариоз тишлар нисбати бўйича айтарли фарқ кузатилмади, қишлоқ ва шаҳарда яшовчи аёлларда тишларнинг амалий жиҳатдан бир хилда зарарланганлигини кузатдик, пломбалар сони бўйича шунга ўхшаш натижалар олинди, аммо олиб ташланган тишлар борасида бундай деб бўлмайди. Чунки бу параметр бўйича шаҳарлик аёллар кўрсаткичлари сезиларли даражада пастлиги аниқланди, тиш қопламалари параметрлари бўйича ҳам етарли даражадаги фарқ аниқланмади. Фикримизча, олиб ташланган тишларнинг шаҳарлик аёлларда кам бўлиши уларнинг тишларига нисбатан эътибори юқорилигидан далолатдир. Бу эса стоматологик саломатлик бўйича уларнинг билим ва кўникмалари юқорилиги, дунёқарашлари кенглиги ва

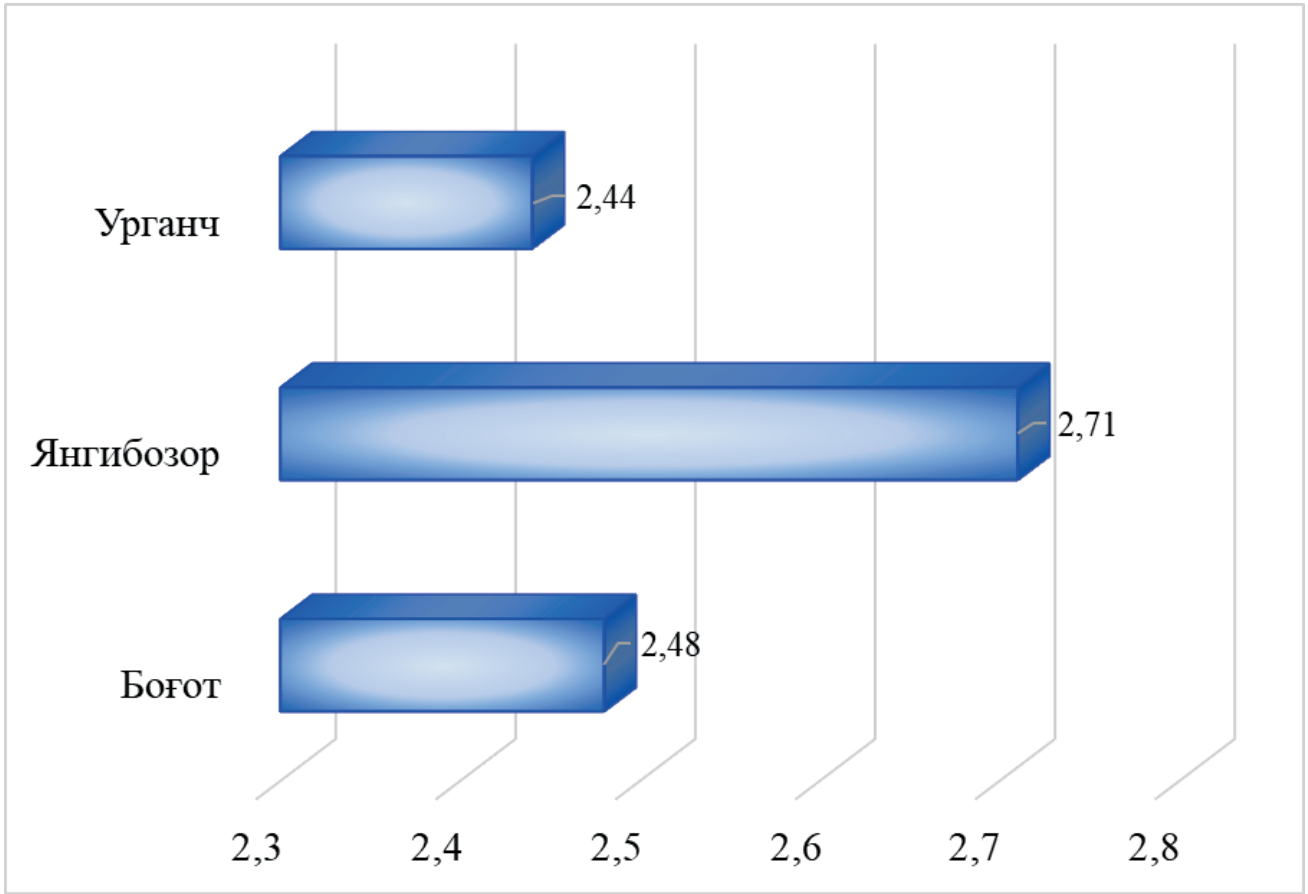
жамиятда шунга талаб юқорилиги билан изоҳланди. Парвариш қилинган тишлар сақланиб қолиши эса ўз-ўзидан тиш қопламаларининг камлигига олиб келади. Бу иккала кўрсаткичнинг (олиб ташланган тишлар ва тиш қопламалари сони) бир-бири билан боғлиқлиги исботлаб берилди.

Шундай қилиб, турли ҳудудларда яшовчи фертил ёшдаги аёллар стоматологик саломатлигини белгиловчи кўрсаткичлардан бири КПУ параметрини ўрганиш шуни кўрсатдики, тиш кариоз зарарланиши бўйича қишлоқ туманлари ва шаҳарлик аёллар орасида сезиларли фарқ аниқланмади, ҳар бир аёлга тўғри келадиган ўртача кўрсаткич мос равишда 0,80 (Боғот), 0,94 (Янгибозор) ва 0,85 (Урганч ш.)ни ташкил этди. Пломбалар бўйича ҳам кўзга кўринадиган тафовут аниқланмади.

Мос равишда 0,72, 0,96 ва 0,93. Олиб ташланган тишлар буйича булса тафовутлар аниқланди, шаҳарлик аёлларда бу параметрларнинг ўртача кўрсаткичи қишлоқ аёлларига нисбатан сезиларли даражада паст бўлди - мос равишда 0,55, 0,81 ва 0,66. Олиб ташланган тишлар камлиги стоматологик саломатлигига бўлган эътиборнинг юқорилиги билан изоҳланди.

Ишнинг кейинги босқичида КПУ индекси ҳам ҳисобланди ва натижалар таҳлил қилинди. Юқорида айтилганидек, бу индекс тишларнинг кариес билан зарарланганлик даражасини кўрсатади. Бу индексни ҳисоблаш учун барча учта кўрсаткич йиғиндиси умумий ўрганилганлар сонига бўлинди. К+П+У/n, бунда К-кариес, П-пломба, У-олиб ташланган ва n-кузатув бирлиги.

Боғот тумани бўйича КПУ индекси 2,48 бурликни, Янгибозор тумани бўйича 2,71 бирликни, Урганч шаҳри бўйича 2,44 бирликни ташкил этди (1-расм).



1-расм. Турли ҳудудларда яшовчи аёлларда КПУ индекси аниқланиш даражаси, бирлик.

Олинган ва 1-расм кўринишида келтирилган натижалар ушбу кўрсаткич бўйича ҳам қишлоқ туманларида яшовчи аёллар параметрлари шаҳарлик тенгдошларига нисбатан юқори эканлиги аниқланди. Демак, КПУ индекси (кариес тарқалганлик даражаси) бўйича ҳам шаҳарлик аёллар параметрлари қишлоқ аёлларига нисбатан паст бўлди, шунингдек, кариес тарқалганлик фоизи ҳам уларда паст бўлганини ҳисобга олсак, стоматологик саломатлик ҳолати қишлоқ аёлларида пастлиги маълум бўлади. Бу ҳолат стоматологик хизматни ташкил этиш, уни молиялаштиришда ҳисобга олиниши лозим, деб ҳисоблаймиз.

Стоматологик саломатликни баҳолашнинг муҳим кўрсаткичларидан бири бу ўрганилаётган контингентнинг ортопедик статусини аниқлашдир. Ушбу параметрни ўрганиш бўйича олинган натижалар шуни кўрсатадики (2-жадвал), қишлоқ ва шаҳар аёллари орасида ишонарли даражадаги фарқ кузатилди.

2-жадвал

Фертил ёшдаги аёллар ортопедик статусининг қиёсий кўрсаткичлари таҳлили, абс. (%)

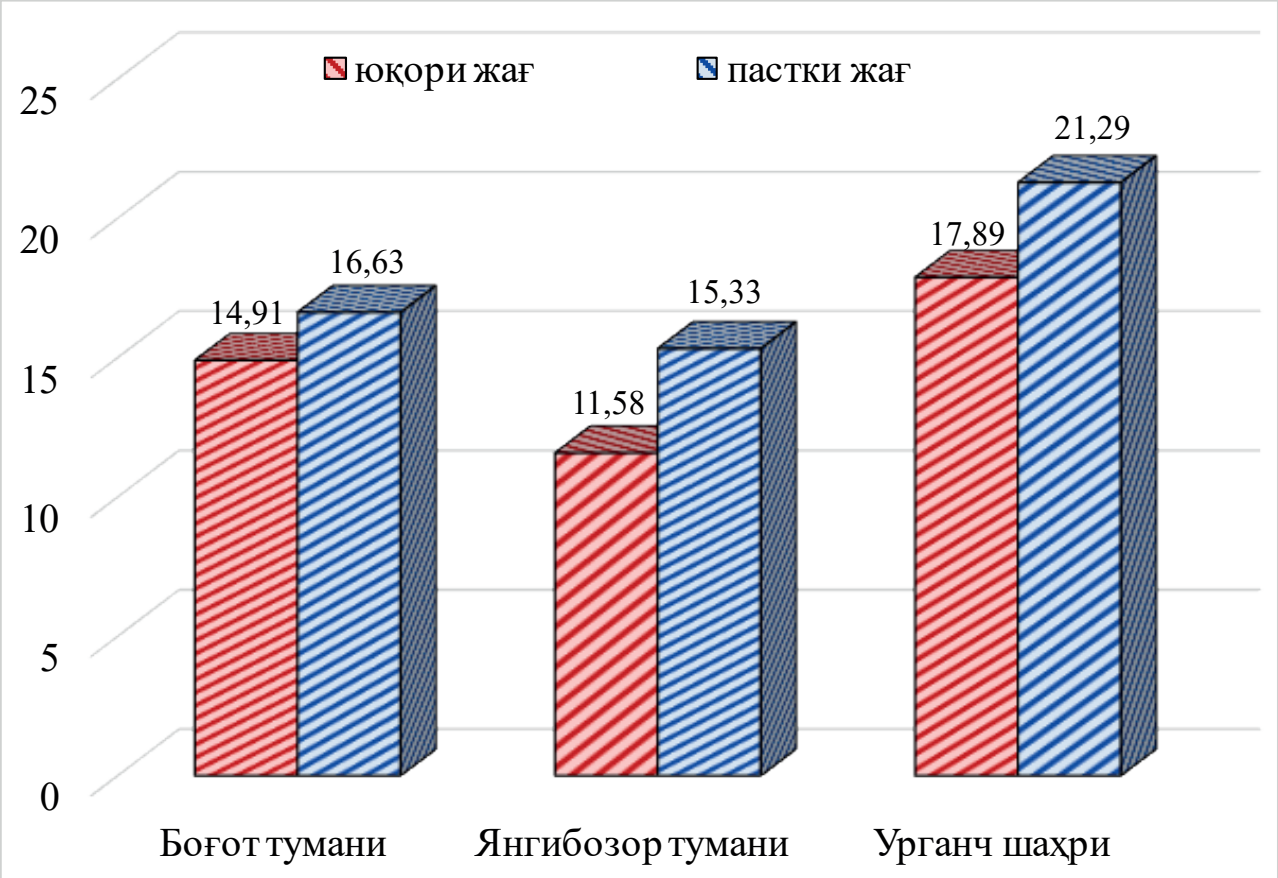
Кўрсаткичлар	Боғот тумани, n=986	Янгибозор тумани, n=933	Урганч шаҳри, n=855
Протез йўқ	839 (85,09±1,13) 822 (83,37±1,19)	825 (88,42±1,05) 790 (84,67±1,39)	702 (82,11±1,31)* 673 (78,71±1,40)*
Кўприксимон протез бор	147 (14,91±1,13) 164 (16,63±1,19)	108 (11,58±1,05) 143 (15,33±1,39)	153 (17,89±1,31)* 182 (21,29±1,40)*
Олиб қўйиладиган	- -	- -	- -

*Изоҳ. Нумераторда кўрсаткичлар юқори жаг ъ учун, махражда – пастки жаг учун. * – қишлоқ туманлари кўрсаткичларига нисбатан ишонарли фарқ белгиси.*

Натижа ва таҳлиллар

Олинган натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, тиш протези йўқ бўлган аёллар кўпчиликни ташкил қилди, агар Боғотлик аёлларда юқори ва пастки жағ бўйича бу параметр мос равишда 85,09±1,13% ни (n=839) ва 83,37±1,19% ни (n=822) ташкил этган бўлса, Янгибозорлик аёллар бўйича мос равишда 88,42±1,05% (n=825) ва 84,67±1,39%га (n=790) етган. Ушбу кўрсаткичларнниг ўзгаришлар тенденцияси ва интенсивлиги бир-бирига жуда яқин бўлди ва ишонарли тафовут аниқланмади (p>0,05). Шу кўрсаткич бўйича Урганч шаҳрида доимо истиқомат қилувчи фертил ёшидаги аёллар маълумотлари қишлоқ туманлари аёлларига нисбатан ишонарли даражада камлиги билан фарқланди (p<0,05). Ушбу параметрлар юқори ва пастки жағ бўйича мос равишда 82,11±1,31% (n=702) ва 78,71±1,40%ни (n=673) ташкил этди, бу параметрлар қишлоқ туманлари аёлларидан кўра ишонарли равишда фарқ қилиши аниқланди (p<0,05).

Кўприксимон протез борлиги бўйича кўрсаткичларда ҳам шундай тенденция аниқланди, бу ҳолатда ҳам шаҳарликлар параметрлари қишлоқ туманлари кўрсаткичларидан ишонарли даражада юқори бўлди. Юқори ва пастки жағ бўйича 17,89±1,31% (n=153) ва 21,29±1,40% (n=182) ни ташкил этди. Боғотлик (мос равишда 14,91±1,13%, n=147) ва 16,63±1,19%, n=164) ва Янгибозорлик (11,58±1,05%, n=108 ва 15,33±1,39%, n=143) аёллар кўрсаткичлари бўлса ишонарли даражада пастлиги билан ажралиб турди. Шуни таъкидлаш керакки, турар жойидан қатъий назар пастки жағда кўприксимон протез борлиги юқори жағга нисбатан кўп бўлди (2-расм).

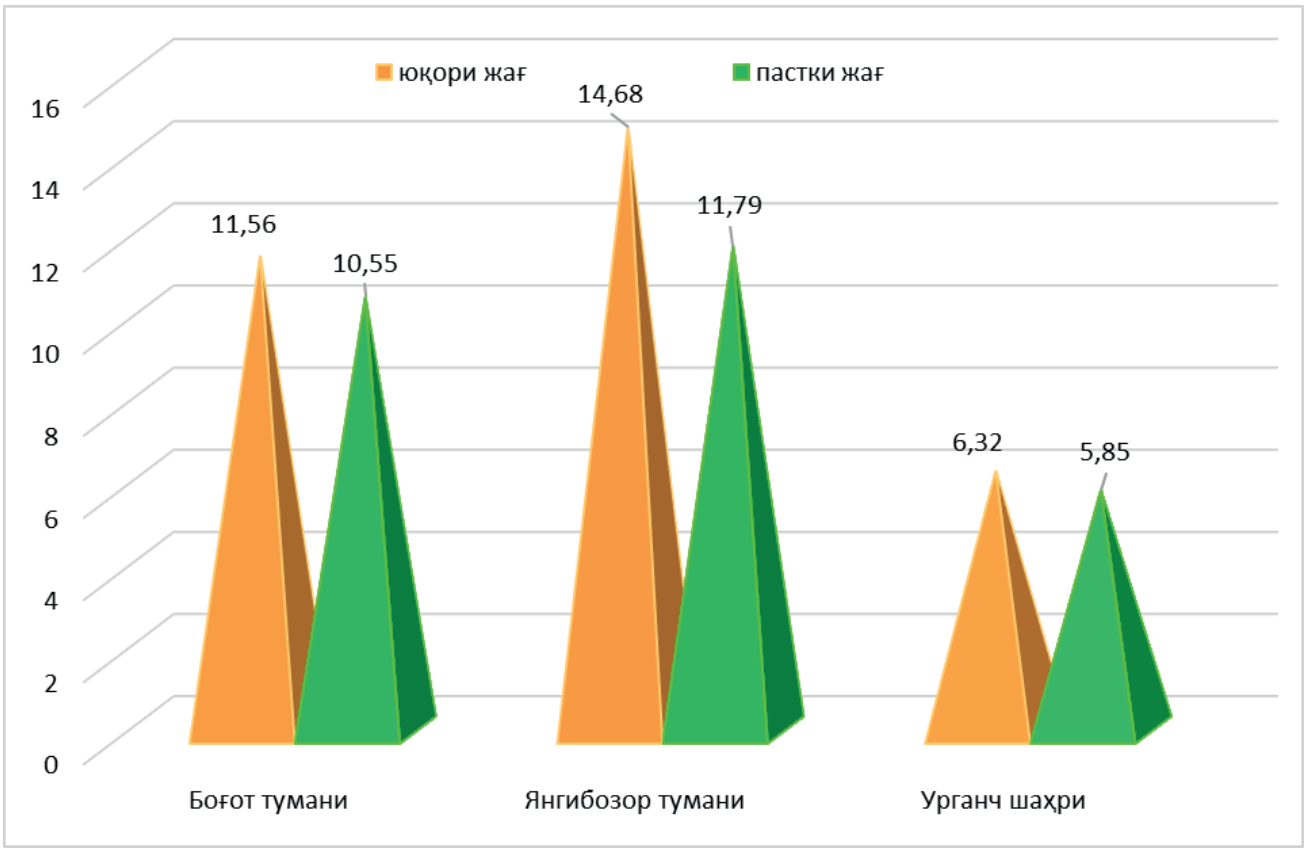


2-расм. Турли ҳудудларда яшовчи фертил ёшдаги аёлларда кўприксимон тиш протези борлиги бўйича маълумотлар, %.

Таҳлил шуни кўрсатдики, тиш протезларининг борлиги стоматологик саломатликни сақлаш белгиси бўлиб, улар функциясини сақлаб қолади.

Кейинги ўрганиш зарурати бўлган кўрсаткич бу стоматологик кўрик натижасида аниқланган протезлашга муҳтожликни таҳлил қилишдир. Аниқланишича, ўрганилган аёллар орасида протезлашга муҳтожлик кам фоизда бўлса ҳам барибир аниқланди. Агар Боғот туманидаги ўрганилган аёллар бўйича мос равишда 10,55±0,98% (n=104) ва 11,56±1,02% (n=114) ни ташкил этган бўлса, Янгибозор тумани бўйича мос равишда 11,79±1,06% (n=110) ва 14,68±1,16% (n=137)ни ташкил қилган, ҳар иккала қишлоқ туманлари бўйича олинган натижалар бир-бирига яқин бўлиб, статистик жиҳатдан аҳамиятли тафовут аниқланмади (p>0,05). Урганч шаҳри бўйича фарқ ҳар иккала жағ бўйича бир хилда ишонарли бўлди – мос равишда 5,85±0,80% (n=50) ва 6,32±0,83% (n=54) - P<0,001. Агар ҳудудлараро тафовут аниқланадиган бўлса шаҳарликларга нисбатан қишлоқ туманларида туманларида протезлашга муҳтожлик юқори жағ бўйича мос равишда ўртача 1,80 ва 1,82 мартани (p<0,001), пастки жағ бўйича 2,01 ва 2,42 мартани ташкил қилган (p<0,001) (3-расм).

Кўриниб турибдики, тиш протези қўйишга муҳтожлик шаҳарлик аёлларда қишлоқда истиқомат қилувчи аёлларда нисбатан сезиларли даражада паст бўлган.



3-расм. Турли ҳудудларда яшовчи фертил ёшдаги аёлларда кўприксимон тиш протези борлиги бўйича маълумотлар, %.

Стоматологик саломатлик кўрсаткичларининг келтирилган кўплаб кўрсаткичлари бўйича унинг ёмонлашганлик белгиси қишлоқда яшовчи аёлларда кўплиги аниқланди. Бу ҳолат стоматологик касалликлар кўплиги, аёлларнинг стоматологик касалликларга хос шикоятлари параметрлари; стоматологик диагнозлар аниқланиш даражаси; КПУ индексив а интенсивлиги бўйича протезлашга бўлган муҳтожлик бўйича кузатилди.

Стоматологик кўрик, унинг давомида беморларнинг сўраб-суриштириш, улар орасида стоматологик профилактика бўйича ўтказилган суҳбатлар, семинарлар натижалари бўйича қишлоқ туманларида доимий истиқомат қилувчи фертил ёшидаги аёллар стоматологик саломатликнинг нисбатан ёмонлашувига олиб келган, деб ҳисобланган қуйидаги омиллар аниқланди:

- стоматологик касалликлар шаклланиши ва ривожланишида оғиз бўшлиғи гигиенасининг аҳамияти юқори эканлиги тўғрисидаги билим ва тасаввурнинг етарли эмаслиги;
- етарли даражада оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш даражаси пастлиги, ушбу гигиена воситаларидан фойдаланиш бўйича кўникмаларнинг етарли эмаслиги;
- қишлоқ туманларида мунтазам стоматологик кўрикларнинг ўтказилмаслиги, бунинг учун туман тиббиёт муассасалари кучи ва маблағи камлиги;
- стоматологик хизматнинг яхши йўлга қўйилмаганлиги;
- стоматологик хизматнинг сифати пастлиги оқибатида ушбу мутахассисга қайта мурожаатларнинг кўплиги;
- стоматологик касалликлар тўғрисида билим ҳамда кўникмаларнинг етарли эмаслиги, шунингдек, малакали ихтисослашган стоматологик хизмат кўрсатадиган муассасаларнинг узоқлиги оқибатида ушбу касалликлар бўйича вақтида мурожаат қилиш фоизининг камлиги, кечикиб мурожаат қилиш ҳолатлари кўплиги;

- стоматологик хизмат турларининг сифатли, аммо кўп маблағ талаб қиладиган муолажаларига қишлоқ аёлларининг кам мурожаат қилишлари;

- стоматологик касалликларга эстетик нуқсон сифатида қарашнинг юқори даражада ривожланмаганлиги;

- қишлоқ туманлари тиббий муассасаларида сифатли, ихтисослашган ортопедик ва ортодонтик ёрдамнинг етарлича эмаслиги, шу соҳалар бўйича юқори малакали мутахассисларнинг фақат катта шаҳарларда фаолият юритишидир.

Хулоса

Ушбу омилларнинг бартараф этилиши эса қишлоқ туманларида стоматологик хизмат сифатини ошириш, фертил ёшидаги аёллар стоматологик саломатлигини яхшилаш, стоматологик касалланишлар фоизининг пасайиши, буларнинг оқибатида эса ушбу аёллар ҳаёт сифатини ошириш имконини яратади.

Адабиётлар

1. Александров Е.И., Агафонова Г.Ю., Александров И.Н. Кариес зубов, хронический генерализованный пародонтит и дефицит эстрогенов и электролитов у женщин // Мед.-соц. пробл. семьи. – 2013. – Т. 18, №3. – С. 81-85.

2. Гринин В.М., Винниченко А.В., Атаева Ш.З. Колебания гормонального фона и влияние их на течение заболеваний пародонта у женщин // Стоматология. – 2012. – №1. – С. 76-78.

3. Гусейнова Г.Г., Шамов И.М., Омаров О.Г. и др. Стоматологическая заболеваемость по обращаемости женщин разных возрастных групп г. Махачкалы // Пробл. экол. мед. – 2012. – С. 46-48.

4. Дрожжина В.А., Кустарова В.Н., Соловьева-Савоярова Г.Е. Взаимосвязь некариозных поражений зубов (эрозий, клиновидных дефектов и сочетанных форм поражения) с нарушениями гормонального и минерального гомеостаза у женщин // Институт стоматологии. – 2007. – №3 (36). – С. 104-107.

5. Дрожжина В.А., Соловьева-Савоярова Г.Е. Состояние гормонального фона у женщин, имеющих некариозные поражения зубов // Институт стоматологии. – 2006. – №2 (31). – С. 70-73.

6. Калинина О.В. Влияние персонифицированного подхода в профилактике патологии твердых тканей зубов у женщин репродуктивного возраста: Доклад // Февральские встречи в Петербурге: 17-я науч.-практ. конф. – СПб, 2022.

7. Калинина О.В. Персонифицированная концепция профилактики патологии твердых тканей зубов у женщин репродуктивного возраста на основе биосовместимых нанокомпонентов: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2022. – 514 с.

8. Мирсаева Ф.З., Файзуллина Г.А. Изменение показателей ротовой жидкости у женщин репродуктивного возраста в разных фазах менструального цикла // Междунар. науч.-иссл. журн. – 2017. – №4-3. – С. 169-173.

9. Олимов С.Ш., Гаффаров С.А., Отабоев Ш.Т. Экологик барқарорлик, стоматология ва инсон саломатлиги: Ўқув қўлланма. – Тошкент, 2014. – 330 б.

10. Олимов С.Ш., Гаффаров С.А., Фазилова Г.Ф., Касимова Г.В., Анатомо-гистологическое строение тканей пародонта и его физиологические особенности: Ўқув-услубий қўлланма. – Тошкент, 2008. – 18 б.

11. Олимов С.Ш., Саидов А.А., Гаффаров С.А. Тиш-жағ тизими аномалиялари патогенезида цитокинларнинг роли // Stomatologiya. – 2019. – №2. – 39-41 б.

12. Сагина О.В., Забалуева Э.Ю., Несяева Е.В. Состояние стоматологического здоровья женщин при некоторых гинекологических заболеваниях // Пробл. соц. гиг., здравоохр. и ист. мед. – 2019. – Т. 27, №2. – С. 131-134.

13. Староверова К.В. Пародонтологический статус женщин репродуктивного возраста, принимающих низкодозированные комбинированные оральные контрацептивы // Институт стоматологии. – 2009. – №4 (45). – С. 64-65.

14. Староверова К.В. Пародонтологический статус женщин, принимающих оральные контрацептивы:

Дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2010. – 90 с.

15. Староверова К.В., Шторина Г.Б., Ворохобина Н.В.. Сравнительная оценка стоматологического и гормонального статуса женщин репродуктивного возраста, принимающих и непринимающих оральные контрацептивы // Психофармакол. и биол. наркол. – 2008. – Vol. 8, №1-2-2. – С. 2377-2378.

16. Улитовский С.Б., Калинина О.В. Влияние партисипативного подхода в профилактике патологии твердых тканей зубов у женщин репродуктивного возраста // Стоматол. науч.-образовательный журн. – 2023. – №1/2. – С. 14-19.

17. Улитовский С.Б., Калинина О.В., Спиридонова А.А., Доморад А.А. Роль одонтогенной инфекции как медицинское обоснование планирования индивидуальных программ профилактики у женщин детородного возраста // Пародонтология. – 2019. – №3 (24). – С. 258-263.

18. Улитовский С.Б., Калинина О.В. Влияние персонифицированного подхода в профилактике гиперчувствительности зубов у женщин репродуктивного возраста // Стоматология славянских государств: Сб. тр. 14-я Междунар. науч.-практ. конф. – Белгород: Издательский дом «Белгород», 2021. – С. 284-287.

19. Умнова Т.Н. Возрастные особенности течения некариозных поражений зубов у женщин репродуктивного возраста: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2012. –153 с.

20. Щербаков И.В. Проблемы стоматологического здоровья у женщин при выраженном дефиците эстрогенов // J. Siberian Med. Sci. – 2015. – №2. – P. 21.

21. Bakaev J.N., Olimov S.Sh. Modern approaches to diagnosis, etiology and pathogenesis of the upper permanent canine retention formation (Literature Review) // Europ. J. Mol. Clin. Med. – 202. – Vol. 07, Issue 03. – P. 3815-3830.

Цель: совершенствование ортопедического подхода к лечению стоматологических заболеваний у женщин фертильного возраста. **Материал и методы:** обследованы 986 женщин фертильного возраста (19-49 лет), постоянно проживающих в Боготском районе, 933 жительниц Янгибазарского района и 855 из города Ургенча. **Результаты:** среди факторов, которые привели к относительному ухудшению состояния зубов у женщин фертильного возраста, постоянно проживающих в сельской местности, следует отнести низкий уровень гигиены полости рта, отсутствие регулярных стоматологических осмотров в сельских округах, низкий процент своевременных обращений по поводу стоматологических заболеваний, отсутствие высококвалифицированных специалистов и некоторые другие. **Выводы:** устранение этих факторов позволит повысить качество стоматологического обслуживания в сельской местности, улучшить стоматологическое здоровье женщин фертильного возраста, снизить процент стоматологических заболеваний и, как следствие, повысить качество жизни женщин.

Ключевые слова: женщины фертильного возраста, ортопедическое лечение, зубной протез, адентия.

Мақсад: фертил ёшдаги аёлларда тиш касалликларини даволашда ортопедик ёндашувни такомиллаштириш. **Материал ва усуллар:** Боғот туманида доимий яшовчи 986 нафар фертил ёшдаги (19-49 ёш) аёллар, Янгибозор туманида 933 нафар ва Урганч шаҳридан 855 нафар аёллар текширилди. **Натижалар:** қишлоқ жойларда доимий яшайдиган фертил ёшдаги аёлларнинг тиш ҳолатининг нисбатан ёмонлашишига олиб келган омиллар қаторига оғиз гигиенасининг паст даражаси, қишлоқ туманларида мунтазам стоматологик текширувларнинг йўқлиги, тиш касалликлари бўйича ўз вақтида сўровларнинг паст фоизи, тиш касалликлари, тиш касалликлари, юқори малакали мутахассисларнинг етишмаслиги ва бошқалар. **Хулоса:** ушбу омилларни бартараф етиш қишлоқ жойларда стоматологик ёрдам сифатини яхшилайди, туғиш ёшидаги аёлларнинг тиш соғлиғини яхшилайди, тиш касалликлари фоизини камайтиради ва натижада аёлларнинг ҳаёт сифатини яхшилайди.

Калит сўзлар: фертил ёшдаги аёл, ортопедик даво, адентия, тиш протези.

Objective: To improve the orthopedic approach to the treatment of dental diseases in women of fertile age. **Material and methods:** 986 women of fertile age (19-49 years) permanently residing in the Bogota region, 933 residents of the Yangibazar region and 855 from the city of Urgench were examined. **Results:** Among the factors that led to the relative deterioration of the dental condition in women of fertile age permanently residing in rural areas, one should include a low level of oral hygiene, lack of regular dental examinations in rural districts, low percentage of timely visits regarding dental diseases, lack of highly qualified specialists and some others. **Conclusions:** Eliminating these factors will improve the quality of dental care in rural areas, improve the dental health of women of fertile age, reduce the percentage of dental diseases and, as a result, improve the quality of life of women.

Key words: woman of fertile age, orthopedic treatment, dentures, adentia.

УДК: 616.314-089-616.31-002-616-053.8/.9-092

К ВОПРОСУ ПАТОГЕНЕЗА ПРОТЕЗНЫХ СТОМАТИТОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА






Сафаров М.Т., Бурибаева М.Г., Ташпулатова К.М., Сафарова Н.Т.
Ташкентский государственный стоматологический институт

В последние годы, несмотря на быстрое развитие и совершенствование применяемых в стоматологии методов лечения и технологий, потребность населения в ортопедическом лечении значительно увеличилась. Число лиц, нуждающихся в протезировании, причем не только среди взрослого населения, постоянно растет. Повышается количество частичных и полных съемных зубных протезов по отношению к общему объему изготовленных ортопедических конструкций, которыми в среднем пользуются 65% пациентов, обратившихся за ортопедической помощью. Несмотря на изученность отрицательного влияния съемных пластиночных протезов на ткани и органы полости рта, они широко используются в ортопедической стоматологии.

Воспаление, которое могут вызывать съемные протезы, многие клиницисты называют протезными стоматитами [3]. Термин «протезный стоматит» отражает основное содержание реакции протезного ложа – воспаление и его причину. Развитие и протекание протезного стоматита во многом зависит от общего состояния организма, площади базиса, анатомических условий протезирования [2,10].

Связь между возникновением воспалительных поражений слизистой оболочки рта и заболеваниями желудочно-кишечного тракта, крови, эндокринной, иммунной, сердечно-сосудистой, бронхолегочной и других систем описана в работах отечественных и зарубежных авторов. Развитие воспалительных изменений любой локализации, включая полость рта,

связано с дисбалансом протеолитической системы на уровне макроорганизма, играющей существенную роль в реализации защитно-приспособительных реакций, особенно при наличии соматических заболеваний.

Патогенез протезных стоматитов у лиц пожилого и старческого возраста является сложным и многогранным процессом. Протезный стоматит – это воспалительное заболевание слизистой оболочки полости рта, которое развивается под съемными протезами. Оно может привести к болям, дискомфорту, что влияет на полноценность и режим питания.

Причиной, которая приводит к протезному стоматиту у пожилых людей, является длительное ношение съемных протезов, что вызывает постоянное раздражение слизистой оболочки. Немаловажную роль при этом играет и возрастной фактор – ослабевает иммунная система, которая не всегда может противостоять инфекциям.

Среди других факторов, способствующих возникновению протезного стоматита, можно указать неправильное изготовление протезов; нарушение норм их ношения и гигиены полости рта; несвоевременная замена изношенных протезов. Все это приводит к механической травме слизистой оболочки, возникновению среды для размножения микробов и развитию инфекций.

Сами протезы тоже могут служить источником возбудителей протезного стоматита. Материалы, которые применяются для изготовления протезов, могут вызывать раздражение слизистой оболочки, аллергические реакции. Микротрещины и пористость на поверхности протезов способствуют образованию биопленки и колонизации патогенных микроорганизмов. Важную роль в развитии протезного стоматита у пожилых пациентов играет также иммунологический фактор. Снижение иммунитета с возрастом приводит к уменьшению способности организма бороться с инфекцией и обеспечивать нормальное заживление тканей.

По данным многочисленных исследований, около 30% пациентов не могут пользоваться ранее изготовленными съемными протезами в связи с затруднением или невозможности адаптации к ним. У пациентов пожилого возраста адаптационные возможности организма, особенно тканей и органов полости рта, значительно снижены, что не позволяет достаточно противостоять негативным воздействиям, сопутствующим съемному протезированию [1,3,4,6,14,15].

Одним из факторов развития воспаления любой локализации, включая полость рта, является дисбаланс протеолитической системы на уровне макроорганизма, возникающий, прежде всего при соматических заболеваниях. Проведены исследования по определению влияния протезного стоматита на протеолитическую систему организма у больных, пользующихся съемными пластиночными протезами. Связь между возникновением воспалительных проявлений слизистой полости рта и заболеваниями желудочно-кишечного тракта, крови, эндокринной, иммунной, сердечно-сосудистой, бронхолегочной и других систем показана в работах отечественных и зарубежных авторов [5,8,11,12,17,18].

Таким образом, представления о хронизации воспалительных процессов в полости рта полностью соответствуют общебиологической концепции дисрегенерации как результате нарушения воспалительно-репаративной реакции. В результате изучения состояния протеолитической системы у больных, пользующихся съемными пластиночными протезами, установлено, что воспалительные процессы возникают в результате дисбаланса протеолитической системы на уровне макроорганизма, играющей важную роль в реализации защитно-приспособительных реакций.

Тема лечения травматического протезного стоматита у людей пожилого и старческого возраста при синдроме «сухого рта» изучается в исследованиях А.К. Иорданишвили, В.В. Лобейко [7-9]. Целью исследования авторы определяют проведение сравнительной оценки эффективности лечения травматического протезного

стоматита с использованием различных лекарственных средств у пациентов пожилого и старческого возраста с указанным синдромом.

Под наблюдением находились 44 пациента (35 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 61 года до 82 лет, страдающих синдромом «сухого рта» вследствие лучевых либо медикаментозных сиалоаденопатий, развившихся после комбинированного лечения злокачественных новообразований органов орофарингеальной зоны, страдающих травматическим протезным стоматитом, возникшим после ношения съемных пластиночных зубных протезов на верхнюю и нижнюю челюсти.

При обследовании пациентов до начала лечебно-профилактических мероприятий было установлено, что в контрольной группе травматическим протезным стоматитом легкой, средней и тяжелой степени страдали соответственно 3, 9 и 9 человек, в основной – 5, 8 и 10. У всех 44 наблюдаемых пациентов выявлялись гиперемия и отек слизистой оболочки полости рта (СОПР) в области локализации эрозий, реже – эрозивно-язвенных очагов протезного ложа, которые со временем уменьшались с разной длительностью в зависимости от применяемого лекарственного средства.

Согласно результатам исследования, из сравниваемых лечебных средств большей эффективностью в терапии травматического протезного стоматита у людей пожилого и старческого возраста, страдающих синдромом «сухого рта», обладает гелевая композиция герпенокс. Очевидно, что более высокая противовоспалительная и ранозаживляющая активность этого препарата обусловлена наличием в его составе соли альгиновой кислоты и ксилитола. Это лекарственное средство в стоматологической практике имеет значительные перспективы в лечении травматических повреждений СОПР, губ и языка.

Отметим также, что лекарственные средства, содержащие метилурацил, сохраняют достаточную эффективность при лечении травматических эрозивно-язвенных поражений СОПР и могут применяться в ежедневной практике врача-стоматолога.

Д.В. Серебров, А.А. Клемяшова в своей работе о протезных стоматитах указывают, что во всем мире число пожилых людей в возрасте 60 лет и старше составляет более 810 млн. Ожидается, что к 2050 г. эта цифра приблизится к двум миллиардам (22% всего населения мира). Зачастую в этом возрасте наблюдается ухудшение состояния полости рта, что ведет к потере зубов. Как следствие этого, например, около 20% всего населения Великобритании носят съемные протезы, а среди пациентов старше 75 лет съемными зубными протезами пользуются 70%. Более чем две трети из них страдают протезным стоматитом.

Авторы выявили основные причины и возбудителей протезного стоматита, разработали оригинальные методики его лечения и профилактики, приходя к выводу, что «в будущем лечение протезного стоматита будет связано с исследованиями новых материалов и покрытий протезов, которые обеспечивают топографию поверхности и химический состав, на которых микробам труднее образовывать биопленки».

Было указано, что применение нанотехнологий в протезных материалах с композитной смолой является эффективным. Продолжается изучение результатов применения материалов с композитной смолой в зубных протезах.

Включение противомикробных препаратов в базовые материалы для протезов и мягкие прокладки не является новым, при этом стоит рассмотреть вопрос об антимикробном применении природных соединений на биопленках, связанных с протезами. Куркумин (диферулоилметан) – активный ингредиент куркумы – представляет собой полифенол, который демонстрирует антимикробные свойства широкого спектра.

Для предотвращения развития протезного

стоматита важно принимать необходимые меры, предотвращающие риски. Они предусматривают правильное планирование и изготовление протезов, своевременную замену изношенных протезов, регулярную гигиену полости рта и периодическое посещение стоматолога для проверки состояния протезов и тканей полости рта и др. Целесообразно также использовать специальные противостоматитные средства, которые помогут снизить воспаление и уменьшить риск инфекции.

Для диагностики протезных стоматитов проводятся клинический осмотр полости рта и оценка состояния слизистой оболочки. Врач также может взять мазок с поверхности слизистой оболочки для лабораторного исследования с целью выявления наличия инфекции и патогенных микроорганизмов. Другие методы, такие как биопсия или рентгеновское исследование, могут использоваться в случае необходимости для получения дополнительной информации.

Лечение протезных стоматитов включает медикаментозную терапию и местное воздействие на пораженные ткани. Устранить инфекцию и снизить воспаление поможет применение противоинфекционных препаратов – антибиотиков или противогрибковых средств. Особое внимание следует уделять поддержанию хорошей гигиены полости рта и протезов, что поможет восстановить здоровое состояние тканей и предотвратить повторное развитие инфекции.

Таким образом, патогенез протезных стоматитов у лиц пожилого и старческого возраста является сложным процессом, включающим множество факторов, среди которых можно указать длительное ношение протезов, неправильную гигиену полости рта, иммунологическое состояние пациента, качество протезов. Понимание этих факторов и принятие соответствующих мер для их контроля поможет предотвратить развитие протезного стоматита и сохранить здоровье полости рта.

Литература

1. Балкаров А.О., Карданова С.Ю., Хулаев И.В. и др. Состояние слизистой оболочки полости рта у лиц, пользующихся съемными протезами. // Соврем. пробл. науки и образования. – 2018. – №5. – С. 83-86.

2. Вураки Н.К., Емельянова Н.К. и др. Геронтостоматологические аспекты в преподавании госпитальной ортопедической стоматологии // Стоматология. – 2013. – Т. 92, №5. – С. 71-72.

3. Галонский В.Г., Радкевич А.А. Реакция слизистой оболочки опорных тканей протезного ложа на воздействие съемных зубных протезов // Сибирский мед. журн. – 2009. – №2. – С. 18-22.

4. Емельянова Т.В. Клинико-социальные детерминанты выбора конструкций несъемных зубных протезов у пациентов старших возрастных групп // Стоматология XXI века: Эстафета поколений: Сб. тр. конф.. – М., 2011. – С. 30-34.

5. Емельянова Т.В., Лебеденко И.Ю. Показатель качества жизни как критерий оценки эффективности ортопедического лечения пациентов пожилого и старческого возраста // Образование, наука и практика в стоматологии» по единой тематике «Пути повышения качества стоматологической помощи»: Сб. тр. 9-й Всерос. науч.-практ. конф. – М., 2012. – С. 62-65.

6. Емельянова Т.В. Оптимизация выбора конструкций несъемных зубных протезов у пациентов старших возрастных групп. // Стоматология. – 2013. – Т. 92, №5. – С. 81-82.

7. Иорданишвили А.К. и др. Стоматологический статус людей пожилого и старческого возраста. // Успехи геронтол. – 2010. – Т. 23, №4. – С. 644-651.

8. Иорданишвили А.К. и др. Характеристика микробиоценоза пародонтальных карманов и иммунного гомеостаза пациентов пожилого и старческого возраста с хроническим генерализованным пародонтитом // Успехи геронтол. – 2011. – Т. 24, №4. – С. 548-552.

9. Иорданишвили А.К., Самсонов В.В., Солдатова А.К., Сериков Л.Н. Диагностика и лечение заболеваний височно-нижнечелюстного сустава в амбулаторно-поликлинических

учреждениях. – СПб, 2011.

10. Комаров Ф.И., Шевченко Ю.Л., Иорданишвили А.К. Долгожительство: ремарки к патологии зубов и пародонта // Пародонтология. – 2017. – Т. 22, №2. – С. 13-15.

11. Копыл О.А. Возрастные изменения и заболевания слизистой оболочки полости рта. – СПб, 2011.

12. Копыл О.А. Состояние слизистой оболочки полости рта в зависимости от возраста и соматического статуса: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2012.

13. Лебеденко И.Ю. Сравнительная оценка частоты встречаемости несъемных ортопедических конструкций у пациентов пожилого и старческого возраста в лечебных стоматологических учреждениях г. Москвы // Актуальные вопросы стоматологии. – Казань, 2012. – С. 169-172.

14. Лебеденко И.Ю., Емельянова Т.В. Оценка стоматологически-обусловленного качества жизни у пациентов пожилого и старческого возраста в ортопедической стоматологии. // Образование, наука и практика в стоматологии» по тематике «Стоматология и социально-значимые заболевания»: Сб. тр. 10-й Всерос. науч.-практ. конф. – М., 2013. – С. 4-7.

15. Новикова С.Г., Емельянова Т.В. Значение возрастных и личностных детерминант при подготовке пациентов к несъемному протезированию в условиях амбулаторного стоматологического приема // Человек и лекарство: Сб. материалов 18-го Рос. нац. конгресса. – М., 2011.

16. Рыжова И.П. Современные технологии в протезировании съемными протезами // Соврем. стоматол. – 2006. – №6. – С. 34-35.

17. https://www.mediasphera.ru/issues /stomatologiya/2018/3

18. https://lacalut.ru/orthopedics/articles/3062-proteznyy-stomatit-prichiny-lechenie-i-profilaktika

Аннотация. Статья посвящена одной из актуальных тем ортопедической стоматологии, связанной с появлением протезного стоматита. Рассматриваются теоретические вопросы, анализируются факторы и условия возникновения протезного стоматита у лиц пожилого возраста. Определяется связь развития протезного стоматита с общим состоянием организма, площади базиса, анатомических условий протезирования.

Ключевые слова: протезный стоматит, протезирование, съемный протез, воспаление слизистой оболочки, иммунологический фактор.

Аннотацияси. Maqola protez stomatitning paydo bo‘lishi bilan bog‘liq ortopedik stomatologiyaning dolzarb mavzularidan biriga bag‘ishlangan. Nazariy masalalar ko‘rib chiqiladi, qariyalarda protez stomatit paydo bo‘lishining omillari va shartlari tahlil qilinadi. Protez stomatitning rivojlanishi bilan tananing umumiy holati, taglik maydoni va protezlashning anatomik sharoitlari o‘rtasidagi bog‘liqlik aniqlanadi.

Kalit so‘zlar: protez stomatit, protez, olinadigan protez, shilliq qavatning yallig‘lanishi, immunologik omil.

Summary. The article is devoted to one of the current topics in orthopedic dentistry related to the appearance of prosthetic stomatitis. Theoretical issues are considered, factors and conditions for the occurrence of prosthetic stomatitis in the elderly are analyzed. The connection between the development of prosthetic stomatitis and the general condition of the body, the area of the base, and the anatomical conditions of prosthetics is determined.

Key words: prosthetic stomatitis, prosthetics, removable prosthesis, mucous membrane inflammation, immunologic factor.

УДК: 616.716.8:616.314-76:615.462

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА СТАБИЛЬНОСТИ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ОПУХОЛЕВЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ




[1]Акбаров А.Н., [2]Абдукадиров М.О.

[1]Ташкентский государственный стоматологический институт

[2]Андижанский государственный медицинский институт

Введение. За последние годы наблюдается рост числа больных с развитием опухолей и опухолевидных образований, тяжелых сочетанных аномалий и деформаций зубочелюстной системы, в том числе на нижней челюсти, которые требует проведения сложных костно-пластических и реконструктивных операций с сопутствующим длительным реабилитационным периодом. [7,4] Как известно, лучевая и химиотерапия злокачественных новообразований головы и шеи на данный момент являются наиболее часто применяемыми, а у большинства пациентов - единственными методами лечения. Однако химиотерапевтическое лечение злокачественных опухолей к некоторым неблагоприятным последствиям, в том числе возникающим в челюстно-лицевой области. [5,6,2] Главными проявлениями дистрофических процессов в зубочелюстной системе являются: угнетение васкуляризации, прогрессирующая гипоксия, резорбция и атрофия кости, нарушение ее физиологической перестройки, явления остеопороза. Поэтому при применении у данной группы больных методику заключающуюся в пересадке костных аутотрансплантатов и внедрении в пересаженный регенерат дентальных имплантатов, повышаются риски возникновения резорбции и остеопороза костной ткани, нарушения остеоинтегративных процессов, и, как следствие, развития периимплантита и отторжения дентальных имплантатов.[1,3]

Цель работы - определение подвижности и оценка устойчивости дентальных имплантатов методом периотестометрии у больных с приобретенными дефектами нижней челюсти после хирургического лечения опухолевых образований.

Материалы и методы. Нами проведено ортопедическое лечение 60 больных в возрасте от 30 до 68 лет (28 мужчин и 32 женщин). У всех исследуемых больных дефекты были обусловлены опухолевидными образованиями нижней челюсти (амелобластомы, остеобластомы), которые охватывали границы подбородочного отдела. Всем пациентам для замещения пострезекционного дефекта был изготовлен эндопротез из никелид титана.

Онкологический диагноз пациентов до проведения хирургического лечения был установлен при помощи остеосцинтиграфического исследования и в последующем был подтвержден клиническими и лабораторными методами исследования (цитоморфологический).

В зависимости от предлагаемого плана лечения все пациенты (60 человек) были разделены на 2 основные группы:

I группу составили 30 пациентов с постоперационным несъемным временным протезом с опорой на мини-имплантаты и

отсроченной нагрузкой классических дентальных имплантатов + предлагаемое комплексное общесоматическое лечение.

Пациентам данной группы было рекомендовано пройти курс остео-модифицирующей терапии. Основным препаратом выбора стал ингибитор костной резорбции «Бонвива». В состав препарата «Бонвива» входит ибандроновая кислота - высокоактивный азотсодержащий бисфосфонат, ингибитор костной резорбции и активности остеокластов. Продолжительность курса и режим дозирования составляли 150мг внутрь 1 раз в месяц, 6 месяцев. Особые указания при приеме препарата «Бонвива»: таблетку необходимо принять утром натощак за 30–60 минут до приема пищи, не разжевывая, запивая 200 мл чистой воды; при этом запрещено принимать горизонтальное положение в течение как минимум 60 минут. Дополнительно рекомендован прием кальция 1000 мг/сут и витамина Д 1000 ЕД на протяжении всего периода антирезорбтивной терапии.

II группу составили 30 пациентов с одномоментной имплантацией и немедленным (временным) протезированием.

Пациентам обеих групп проводился курс химиотерапевтического лечения после проведенного хирургического вмешательства.

Для группы контроля отобраны 30 пациентов, не имеющих в анамнезе опухолевых новообразований, без патологии сердечно-сосудистой, поступивших в отделение ортопедической стоматологии с диагнозом “полная вторичная адентия нижней челюсти” и проходившим стоматологическое ортопедическое лечение с установкой дентальных имплантатов.

В качестве временной ортопедической конструкции использовался несъемный мостовидный пластмасоовый протез, а вариантом выбора постоянной ортопедической конструкции послужил несъемный мостовидный металлокерамический протез с опорой на дентальные имплантаты all-on-4. На верхней челюсти у пациентов в основном имелись мостовидные протезы или несъемные ортопедические конструкции с опорой на дентальные имплантаты.

Метод исследования уровня стабильности имплантатов с помощью прибора Penguin RFA основан на регистрации резонансных электромагнитных колебаний имплантата и окружающей кости при воздействии на них электромагнитного поля посредством намагниченного штифта. Результаты ±исследования выражаются в единицах коэффициента стабильности имплантата – Imlant Stability Quotient (ISQ). Частота выражается в единицах ISQ по шкале от 1 до 99. На высокую стабильность указывает оценка выше 70-75 ISQ.

Исследование периотестометрии проводилось через 3 мес, 6 мес и 12 мес после имплантации постоянных классических дентальных имплантатов. С 4-6 месяцев исследования дентальные имплантаты были нагружены несъемной ортопедической конструкцией на нижнюю челюсть.

Результаты исследования. По результатам периотеста, проведенного в первые 3 месяца после имплантации, было установлено, что в группе пациентов с непосредственной нагрузкой имплантатов полученные показатели практически не отличались от показателей группы контроля (соответственно 61,2±3,4 и 62,7±4,3 ед.). У пациентов с отсроченной нагрузкой имплантатов на данном сроке наблюдения была значительно ниже, по сравнению с показателями II группы и группы контроля, и составляла 52,3±3,8 ед.

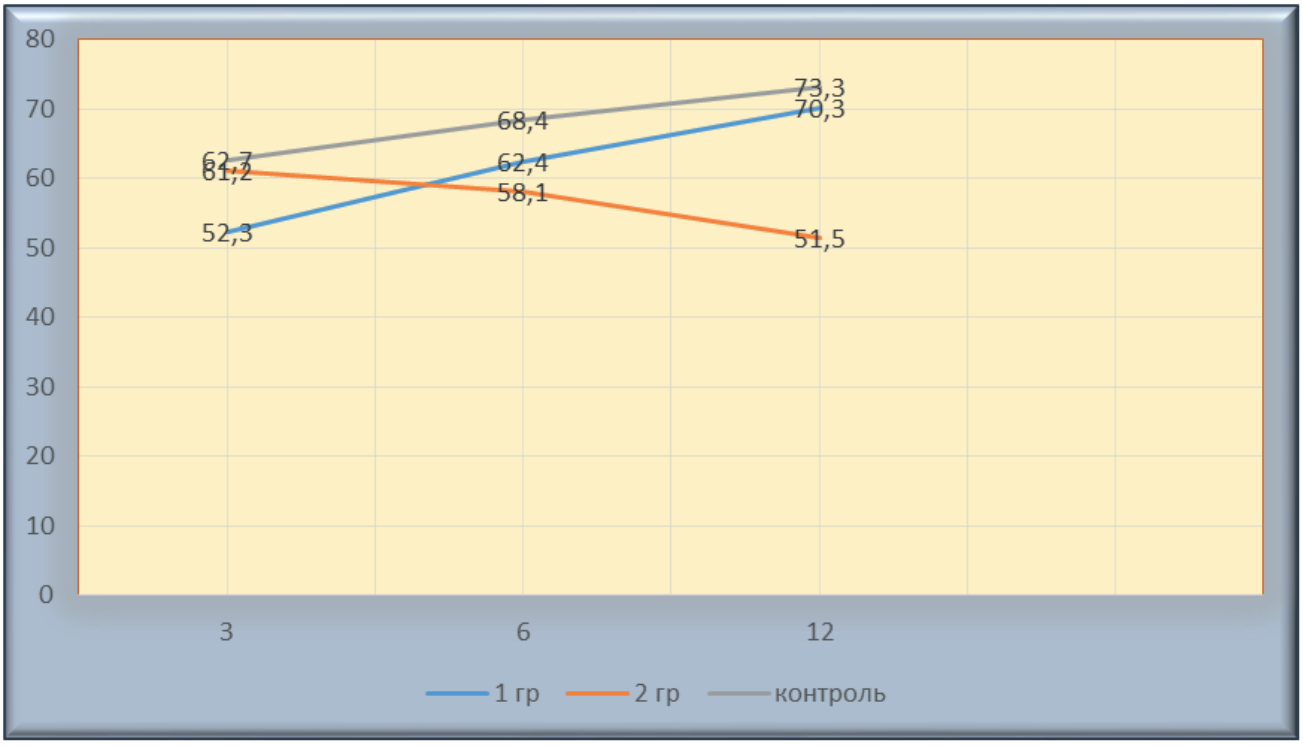
Таблица 1.

Показатели коэффициента стабильности имплантатов за весь период наблюдения в различных группах сравнения.

Сроки наблюдения	I гр	II гр	Контрольная группа
3 мес	52,3±3,8	61,2±3,4	62,7±4,3
6 мес	62,4±2,8	58,1±4,5	68,4±3,2
12 мес	70,3±4,3	51,5±4,7	73,3±4,4

Через шесть месяцев средние показатели стабильности установленных имплантатов разнились во всех трех группах сравнения. Так, у пациентов I группы, с отсроченной ортопедической нагрузкой имплантатов и получающих комплексное лечение, показатели стабильности были выше на 16,2%, по сравнению с предыдущим сроком исследования (62,4±2,8 ед.) и на 7,4% выше, в сравнении со II группой пациентов в которой среднее значение стабильности на данном сроке наблюдения составило 58,1±4,5 ед. Самый же высокий показатель средней величины стабильности дентальных имплантатов на нижней челюсти наблюдался у группы контроля - 68,4±3,2 ед. Однако данные обеих групп сравнения были недостаточно высокими, что является следствием ослабления большего количества дентальных имплантатов из-за перегрузки протяженными несъемными мостовидными протезами (II группа) и нарушения процессов остеоинтеграции вследствие нарушения процессов физиологической перестройки костной ткани под воздействием химиотерапии.

На рис. 1 представлена динамика изменения коэффициента стабильности имплантатов за весь период наблюдения в различных группах сравнения.



Через 12 месяцев после установки дентальных имплантатов у группы с отсроченной нагрузкой и предлагаемым нами лечением стабильность увеличилась до 70,3±4,3ед. и была близка к показателям полученным в группе контроля – 73,3±4,4ед, в то время как у пациентов группы с непосредственной нагрузкой имплантатов и без специальной терапии стабильность понизилась до 51,5±4,7ед, что на 26% и 30% ниже чем в I основной группе и в группе контроля соответственно.

За год исследования снижение показателей средней величины стабильности дентальных имплантатов в процентом выражении составила для II основной группы - 16%, а повышение показателей стабильности для I основной группы и группы контроля – 25,6% и 14,4% соответственно.

Заключение. У пациентов с отсроченной нагрузкой дентальных имплантатов и принимающих рекомендованные нами препараты, обладающие антирезорбтивными свойствами, наблюдалось повышение

устойчивости и стабильности дентальных имплантатов по данным периостометрии. Мы исследовали начальную стабильность имплантатов, а также спустя 6 и 12 мес. после имплантации, проведенной по одно- и двухэтапной методике, и выявили улучшение стабильности по сравнению с начальной как при одно-, так и двухэтапной имплантации, что подразумевало улучшение качества кости и позитивный уровень остеоинтеграции.

Использование предложенного нами остеомодифицирующего лечения при ортопедическом лечении с опорой на дентальные имплантаты у больных с приобретенными дефектами нижней челюсти после хирургического лечения опухолевых образований позволило улучшить процесс остеорепарации в области фиксированных имплантатов, снизить риски развития патологического заживления, нарушения остеинтеграции и, как следствие, отторжения имплантата, и создать оптимальные условия для последующего ортопедического лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Katsoulis J., Fierz J., Ilzuka T. Prosthetic rehabilitation, implant survival and quality of life 2 to 5 years after resection of oral tumors. Clin Implant Dent Relat Res. 2013. - P. 64-72.

2. Stadlinger B., Korn P., Todtmann N. et al. Osseointegration of biochemically modified implants in an osteoporosis rodent model // European Cells & Materials, 2013, Vol. 25. P. 326-340.

3. Дронов М.В. Оценка стабильности и остеоинтеграции дентальных имплантатов с применением резонансно-частотного метода. Часть 1 // Журнал «Институт стоматологии». 2007. № 1. С. 128-129.

4. Караян, А. С. Особенности реконструкции челюсти для подготовки к несъемному протезированию / А. С. Караян, Д. Н. Назарян, А. Н. Сенюк [и др.] : Текст : непосредственный // Стоматология. - 2011. - Т. 90, № 5. - С. 27-35.

5. Миланов, Н. О. Предоперационное планирование у пациентов с дефектами челюстей при последующем восстановлении жевательной функции / Н. О. Миланов, А. С. Караян, Р. Т. Адамян [и др.] : Текст : непосредственный// Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. - 2012. - № 1. - С. 19-32.

6. Хушвахтов, Д. И. Цистэктомия с заполнением костной полости пористо-проницаемым никелид титаном, обогащенным тромбоцитарной массой / Д. И. Хушвахтов, М. Н. Шакиров, Р. Р. Ризоев, Р. Н. Джонибекова : Текст : непосредственный // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2015. - № 4. - С. 46-49.

7. Чиссов В.И., Давыдов М.И. Онкология: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2008. - С. 395 - 396.

Резюме: В данной статье представлены результаты полученные при изучении уровня стабильности дентальных имплантатов установленных больным с приобретенными дефектами нижней челюсти после хирургического лечения опухолевых образований для комплексного ортопедического восстановления зубочелюстного аппарата. Методом частотно-резонансного анализа с использованием прибора Penguin RFA (Швеция), оценивалось влияние различных методик имплантации, у данного контингента больных, на показатели стабильности и подвижности фиксированных имплантатов в различные сроки исследования.

Ключевые слова: периотестометрия, стабильность имплантата зубочелюстное протезирование, дентальная имплантация.

Резюме: Ушбу мақолада стоматологик аппаратни комплекс ортопедик тиклаш учун ўсма шаклланишини жарроҳлик йўли билан даволашдан сўнг пастки жаг нуқсонли беморларга ўрнатилган тиш имплантларининг барқарорлик даражасини ўрганиш натижасида олинган натижалар келтирилган. Penguin РФА қурилмаси (Швеция) ёрдамида частотали резонанс таҳлил қилиш усули билан беморларнинг ушбу контингентида турли хил имплантация усулларининг турли хил ўрганиш даврларида собит имплантларнинг барқарорлиги ва ҳаракатчанлигига таъсири баҳоланди.

Калит сўзлар: периотестометрия, имплантнинг барқарорлиги, тиш протезлари, тиш имплантацияси.

Summary: This article presents the results obtained in the study of the level of stability of dental implants installed in patients with acquired defects of the lower jaw after surgical treatment of tumor formations for complex orthopedic restoration of the dentition. The method of frequency-resonance analysis using the device Penguin RFA (Sweden) was used to evaluate the effect of various implantation methods, in this group of patients, on the stability and mobility of fixed implants at different periods of the study.

Key words: periotestometry, implant stability, implantsupported prostheses, dental implantation.

Ортодонтия

УДК: 616.311.2-053.2-089.007.1

КЛИНИКО-ГИСТОМОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДЕСНЫ У ДЕТЕЙ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ




Джумаев Х.Д.[1], Щетинина Л.Н.[2], Аманов Б.[1], Сердаров Б.А.[1]

[1]ТГМУ им. М. Гаррыева, [2]Международный центр лечения глазных болезней Дирекции международных медицинских центров

Зубочелюстные аномалии (ЗЧА) являются сложной проблемой современной детской стоматологии, которую ВОЗ включает в число трёх приоритетных направлений [7,20]. Наличие ЗЧА сопровождается комплексами физиологических, функциональных и ментальных нарушений, ухудшающих здоровье и качество жизни детского населения [11,15,18]. В последние годы в научной литературе накопилось много сообщений о взаимосвязи ЗЧА и воспалительных заболеваний пародонта, которые диагностируются более чем в половине случаев у детей и взрослых и могут возникнуть как до, так и в процессе ортодонтического лечения [1,8,14,17,20].

Важным условием успеха любого вида ортодонтического лечения является пародонтальное здоровье, для сохранения которого необходим комплекс клинико-лабораторных исследований с целью ранней доклинической диагностики хронического катарального гингивита (ХКГ) у детей и подростков с ЗЧА. Особенности развития ХКГ у детей связаны также с функциональной и морфологической незрелостью тканей пародонта, реагирующих на незначительные повреждающие факторы [4,5,16,19,21,22]. Кроме того, отечественными учеными было установлено, что в климатогеографических условиях Туркменистана (сухой и жаркий резкоконтинентальный климат) изменяются количественные характеристики адаптационных и резервных возможностей у детей разного возраста, и любые отклонения от нормы свидетельствуют об относительном неблагополучии в состоянии здоровья ребенка [9]. А клиническая картина ХКГ на ранних стадиях характеризуется маломанифестным, латентным течением, что затрудняет своевременную диагностику и проведение лечебно-профилактических мероприятий. В связи с этим до сегодняшнего дня проблема доклинической диагностики ХКГ у детей с ЗЧА сохраняет свою актуальность.

Цель исследования

Поиск морфогенетических механизмов развития ХКГ у детей с ЗЧА, проживающих в условиях сухого и жаркого климата, с помощью клинико-морфологического анализа биоптатов слизистой оболочки десны с количественной морфометрией многослойного плоского эпителия и площади микроциркуляторного русла.

Материалы и методы

Для проведения клинико-функциональных и патоморфологических исследований были обследованы 49 больных, из них 27 детей с ЗЧА и 22 ребенка с ХКГ без ЗЧА в возрасте 10-17 лет, обратившихся за специализированной помощью в Учебно-производственный центр стоматологии ТГМУ им. М. Гаррыева в период с января 2018 г. по декабрь 2019 г. Все дети родились и проживали в городе Ашгабате и являлись лицами коренной национальности. Стандартное клиническое обследование с установлением вида ЗЧА было дополнено оценкой пародонтальных индексов кровоточивости (PBI) и коммунального пародонтального индекса (CPI), а также определением степени резистентности капилляров десны с помощью вакуумной пробы по В.И. Кулаженко [6,10,12,15].

Патоморфологическому исследованию с количественной морфометрией толщины многослойного плоского эпителия (МПЭ) и процента площади микроциркуляторного русла (МЦР) были подвергнуты биоптаты слизистой оболочки десны (СОД), полученные путем иссечения во время удаления не подлежащего лечению зуба. Размеры биоптатов варьировали от 0,3×0,3 до 0,5×0,5 см. Полученный материал фиксировали в 10% нейтральном формалине в течение 24 часов, затем подвергали стандартной проводке, заливали в парафин, после чего изготавливали гистологические срезы толщиной 3-4 μm, которые окрашивали гематоксилином и эозином, по методу ван Гизона и толуидиновым синим. Световая микроскопия, фоторегистрация и измерение изучаемых структур осуществлялись с помощью микроскопа Leica DM1000 LED с приложением Leica Application Suite Version 3.7.0. при увеличениях микроскопа 4×10, 10×10, 40×10, 10×100. Подсчет площади МЦР производили с помощью окулярной стереометрической сетки Г.Г. Автандилова [2].

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием стандартных программ Microsoft Excel и пакета Статистика.

Собственные результаты

Для проведения сравнительных клинико-функциональных и патоморфологических исследований с количественной морфометрией больные были разделены на три группы: 1-я группа – 16 пациентов с ЗЧА и ХКГ (7 пациентов в периоде сменного прикуса, из них 4 мальчика и 3 девочки и 9 больных в периоде постоянного прикуса – 6 мальчиков и 3 девочки); 2-я группа – 22 пациента с ХКГ без ЗЧА (6 мальчиков и 4 девочки в возрасте 10-12 лет и 7 мальчиков и 5 девочек в возрасте 13-17 лет); 3-я группа – 11 больных с ЗЧА и интактным пародонтом (3 мальчика и 2 девочки в возрасте 10-12 лет и 3 мальчика и 3 девочки в возрасте 13-17 лет).

У 10 пациентов 1-й группы были установлены сочетанные виды ЗЧА (у 4 – прогенический прикус в сочетании с аномалиями формы зубных рядов или отдельных зубов, у 6 – прогнатический прикус в сочетании с аномалиями формы зубных рядов отдельных зубов или зубной дуги) и у 6 – аномалии прикуса (прогнатический, глубокий и перекрестный прикус). При этом у всех пациентов имелись клинические признаки ХКГ.

У 4 пациентов 3-й группы имелись ЗЧА в виде аномалий прикуса (у 2 – прогнатический прикус, у 1 – глубокий прикус и у 1 – прогенический прикус) и у 7 – сочетанные виды ЗЧА (у 2 – прогенический прикус в сочетании с аномалиями формы зубных рядов, отдельных зубов или зубной дуги, у 4 – прогнатический прикус в сочетании с аномалиями формы зубных рядов или отдельных зубов, тремами и диастемой и у 1 – перекрестный прикус в сочетании с аномалиями зубной дуги). Клинические

признаки ХКГ у пациентов 3-й группы отсутствовали, что расценивалось как интактный пародонт (ИП).

У всех больных 2-й группы имелись клинические признаки ХКГ: у 14 – хронический генерализованный катаральный гингивит и у 8 – очаговый ХКГ.

Средние показатели пародонтологических индексов PBI, CPI и время образования гематомы при проведении вакуумной пробы по В.И. Кулаженко представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние показатели PBI, CPI и вакуумной пробы по В.И. Кулаженко у обследованных пациентов, M±m

Группа	PBI	CPI (по секстантам)			Проба В.И. Кулаженко, с	
		здоровый	кровоточивость	зубные отложения	верхняя челюсть	нижняя челюсть
1-я, n=16	1,7±0,04	3,11±0,04	2,08±0,05	0,81±0,03	40,34±0,23	37,9±0,18
2-я, n=22	1,4±0,11	3,81±0,04	1,72±0,07	0,47±0,05	45,22±1,12	41,15±0,5
3-я, n=11	0,52±0,04	5,69±0,03	-	0,31±0,01	52,47±0,51	51,83±0,32
p<0,05	I-III, II-III	I-III, II-III	I-II	I-II, I-III	I-II, I-III, II-III	I-II, I-III, II-III

Как видно из таблицы, при сравнительном анализе средних показателей индекса кровоточивости PBI обнаружены достоверные различия между 1-й и 3-й, 2-й и 3-й группами с наименьшими значениями индекса у детей 3-й группы (0,52±0,04) и увеличением его во 2-й (1,4±0,11) и 3-й группах (1,7±0,04).

Средние показатели CPI по здоровым секстантам наивысшими были у пациентов 3-й группы (5,69±0,03), достоверно уменьшаясь по сравнению с показателями пациентов 1-й (3,11±0,04) и 2-й групп (3,81±0,04). Показатели CPI по секстанту кровоточивости также достоверно различались между больными 1-й (2,08±0,05) и 2-й (1,72±0,07) групп. У детей с ИП признаков кровоточивости не наблюдалось. Средние значения CPI по секстанту зубных отложений достоверно большими были у пациентов 1-й группы (0,81±0,03) по сравнению со 2-й (0,47±0,05) и 3-й группами (0,31±0,01). Значения CPI по секстантам зубодесневого кармана в таблице не указаны в связи с отсутствием у обследованных больных патологических карманов.

При проведении вакуумной пробы В.И. Кулаженко время образования гематомы достоверно сокращалось у пациентов 1-й группы (40,34±0,23 с на верхней челюсти и 37,9±0,18 с на нижней) по сравнению со 2-й (45,22±1,12 с на верхней челюсти и 41,15±0,5 с на нижней челюсти) и 3-й группами (соответственно 52,47±0,51 и 51,83±0,32 с). Между показателями времени образования гематомы у больных 2-й и 3-й групп также установлены достоверные различия. Укорочение времени образования гематомы на СОД челюстей с помощью дозированного вакуума свидетельствует о снижении стойкости капилляров десны на фоне воспалительного процесса у пациентов с ЗЧА и ХКГ.

Патоморфологически в биоптатах у всех больных 1-й группы были установлены признаки хронического катарально-склерозирующего гингивита. Характерными морфологическими изменениями в МПЭ СОД, наряду с дистрофически-некробиотическими, было развитие пролиферативных процессов: крупноочаговый гипер- и паракератоз, акантоз с причудливым переплетением широких и узких акантотических тяжей (рис. 1, 2); крупноочаговая вакуольная дистрофия эпителиоцитов и их ядер в базальном и шиповатом слое с разрывом десмосом и образованием широких межклеточных

пространств (спонгиоз) (рис. 3); очаги гиперпигментации эпителиоцитов базального и шиповатого слоя; очаги некробиоза и некроза эпителиоцитов с проникновением лимфо-, лейкоцитарного инфильтрата в эпителий (рис. 2а).

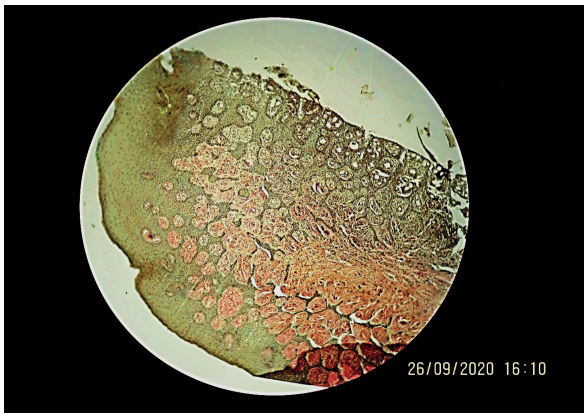


Рис. 1. Мальчик, 11 лет, диагноз: ЗЧА с ХКГ. Катарально-склерозирующий ХКГ при ЗЧА: в МПЭ СОД гипер-, паракератоз, акантоз, грубые коллагеновые волокна в собственной пластинке, очаги фиброза (стрелка). Окраска по ван Гизону, ув. ×100.

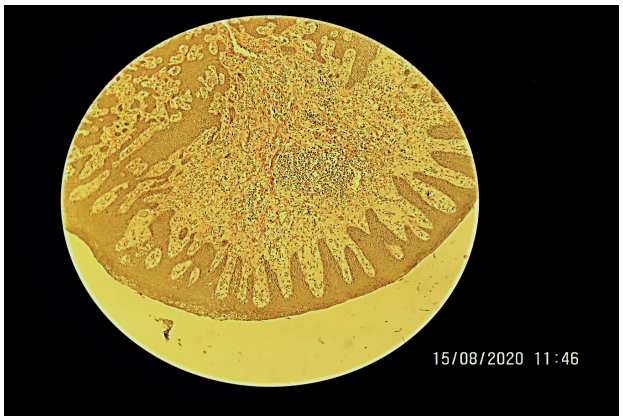


Рис. 2. Мальчик, 15 лет, диагноз: ЗЧА с ХКГ. В МПЭ СОД акантоз, очаговая лимфолейкоцитарная инфильтрация (a), диффузная слабая и очаговая густая (b) полиморфноклеточная воспалительная инфильтрация в собственной пластинке. Окраска по ван Гизону, ув. ×100.

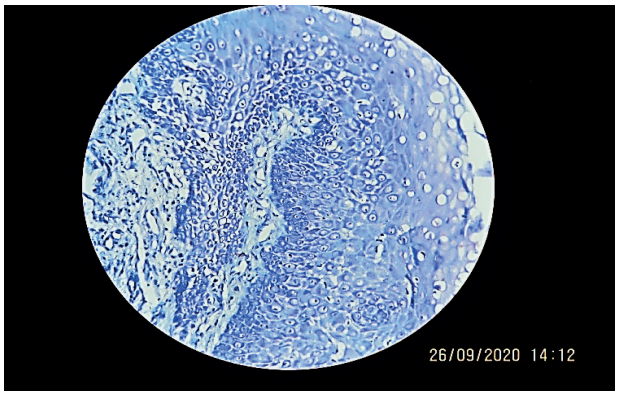


Рис. 3. Мальчик, 11 лет, диагноз: ЗЧА с ХКГ. В акантотических тяжах МПЭ СОД вакуолизация клеток и ядер с разрывом десмосом в клетках шиповатого слоя и очагами спонгиоза (стрелка). Окраска толуидиновым синим, ув. ×400.

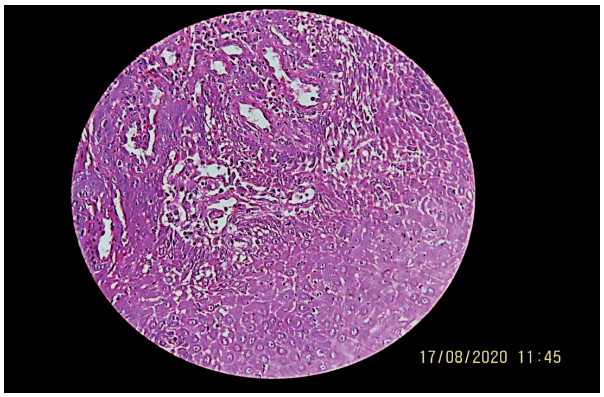


Рис. 4. Мальчик, 14 лет, диагноз: ЗЧА с ХКГ. В МПЭ СОД вакуолизация клеток и ядер в базальных слоях, набухание эндотелия сосудов с «феноменом краевого стояния лейкоцитов» в собственной пластинке (стрелки). Окраска гематоксилином и эозином, ув ×400.

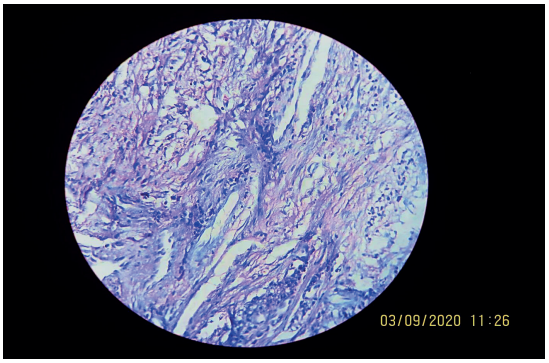


Рис. 5. Мальчик, 15 лет, диагноз: ЗЧА с ХКГ. Метахромазия основного вещества и волокон собственной пластинки СОД и вазодилатация. Окраска толуидиновым синим, ув. ×400.

В собственной пластинке СОД, наряду с воспалительной инфильтрацией и отеком, преобладали сосудистые нарушения. В сосочковом и сетчатом слоях на фоне диффузной слабой лимфоплазмоцитарной инфильтрации отмечались очаги густой полиморфноклеточной воспалительной инфильтрации (рис. 2), причем в обоих слоях имелись признаки дезорганизации соединительной ткани с метахромазией основного вещества (рис. 5), распадом и фрагментацией коллагеновых волокон, тогда как в очагах фиброза (рис. 1), особенно в сетчатом слое, визуализировалось образование грубых коллагеновых волокон. Важной морфофункциональной характеристикой ХКГ у детей 1-й группы являлись микроциркуляторные нарушения, которые выражались в уменьшении площади сосудов, вазодилатации, плазматическом пропитывании сосудистых стенок и периваскулярных пространств, набухании эндотелия сосудов с «феноменом краевого стояния лейкоцитов» (рис. 4), неравномерном полнокровии сосудистого русла и микротромбозами.

Аналогичные патоморфологические признаки ХКГ были установлены и в биоптатах больных 2-й группы.

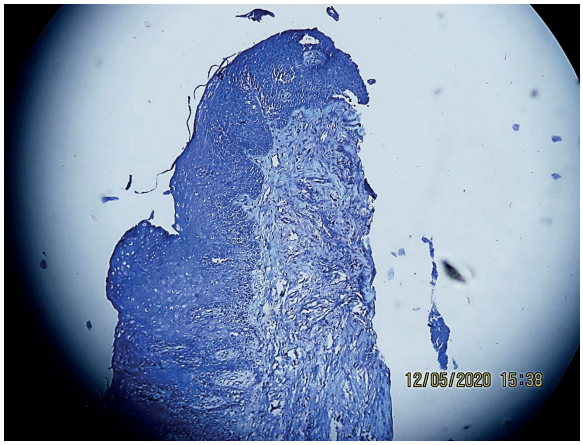


Рис. 6. Мальчик, 12 лет, диагноз: ЗЧА с ИП. В МПЭ широкие уплощенные акантотические тяжи, монохромная окраска собственной пластинки. Окраска толуидиновым синим, ув. ×100.

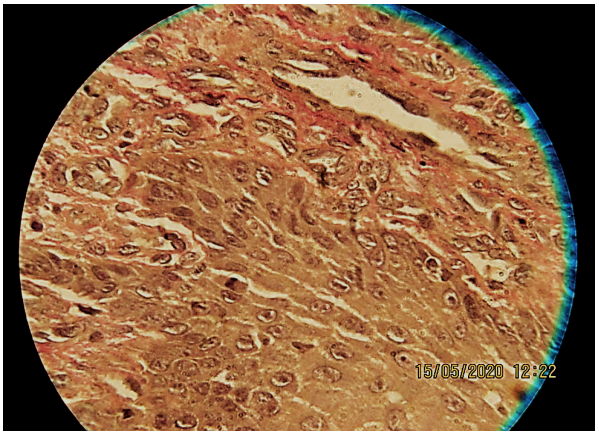


Рис. 7. Девочка, 10 лет, диагноз: ЗЧА с ИП. Узкие межклеточные пространства в слое шиповатых клеток, нежно волокнистая соединительная ткань в сосочковом слое вокруг тонкостенных сосудов. Окраска по ван Гизону, ув. ×1000.

Гистологически в МПЭ у больных 3-й группы отмечалась правильная стратификация всех слоев с образованием широких подушкообразных акантотических тяжей и единичными митозами и узкими межклеточными пространствами (рис. 6). При окраске гематоксилином и эозином и толуидиновым синим для основного вещества и волокон собственной пластинки была характерна монохромная голубоватая окраска (рис. 6), в сосочковом слое вокруг тонкостенных сосудов визуализировалась рыхлая соединительная ткань (рис. 7), в сетчатом слое при окраске по ван Гизону определялись ярко-окрашенные упорядоченные коллагеновые волокна.

У 2 пациентов 3-й группы (девочка 9 лет с прогеническим прикусом в сочетании с аномалией формы зубного ряда и мальчик 14 лет с прогнатическим прикусом в сочетании с аномалией отдельных зубов) при патоморфологическом исследовании были обнаружены признаки ХКГ с очагами спонгиоза в слое шиповатых клеток, выраженной полиморфноклеточной воспалительной инфильтрацией и явлениями метахромазии в собственной пластинке.

Для выяснения морфогенеза ХКГ у детей с ЗЧА и объективизации сравнительных критериев патогистологической диагностики нами были проведены сравнительные количественные гистоморфометрические исследования толщины МПЭ и площади МЦР (табл. 2).

Таблица 2

Гистоморфометрические характеристики толщины МПЭ и площади МЦР у обследованных пациентов

Группа	Толщина МПЭ, M±m (μm)	p<0,001	Площадь МЦР, %	p<0,001
1-я	307,39±184,1	1-2, 1-3	6,93±0,28	1-2, 1-3
2-я	135,83±194,7	-	14,41±10,97	2-3
3-я	158,93±83,4		19,16±16,2	-

Как следует из таблицы 2, у пациентов 1-й группы толщина МПЭ составляла 307,39±184,1 μm, что в 2,3 раза достоверно превышало этот показатель у больных 2-й группы (135,83±194,7 μm) и в 1,9 раза – 3-й группы (158,93±83,4 μm).

При сравнительном анализе площади МЦР также были установлены высоко достоверные различия между 1-й и 2-й, 1-й и 3-й, 2-й и 3-й группами (p<0,001). Наименьшие показатели площади МЦР наблюдались у больных ЗЧА с ХКГ (6,93±0,28%), что достоверно меньше в 2,1 раза по сравнению со 2-й группой (14,41±10,97%) и в 2,8 раза – по сравнению с 3-й группой (19,16±16,2%). В среднем площадь МЦР у пациентов 1-й группы варьировала от 6,1 до 7,4%, во 2-й группе – от 9,3 до 18,8%, в 3-й группе – от 15,8 до 25,7%.

Обсуждение

Несмотря на наличие в современной научной литературе множества публикаций, посвященных особенностям анатомии и морфологическим изменениям в СОД при ХКГ у детей [3,5,6,12,16,19,21,22], за последние 10 лет нам удалось обнаружить лишь единичные сообщения, освещающие патогенез ХКГ у детей с ЗЧА [1,8,14,17]. При патоморфологическом исследовании биоптатов СОД у больных 1-й и 2-й групп были установлены признаки хронического катарально-склерозирующего гингивита с нарушением стратификации, дистрофически-некробиотическими и пролиферативными процессами в МПЭ и очаговой гиперпигментацией эпителиоцитов базального слоя.

Одной из основных функций эпителиальных тканей является барьерная, а роговой слой СОД обладает высокой механической прочностью, устойчивостью к механическим и физическим воздействиям, а также низкой проницаемостью [4,16]. Обнаруженные дистрофические и некробиотические процессы в МПЭ СОД у больных ЗЧА и ХКГ ведут к морфофункциональным нарушениям с нарушением целостности и снижением его защитных свойств. Кроме того, эти процессы в МПЭ клинически проявляются кровоточивостью, отечностью, дискератозом, появлением пигментации и т.д., что и наблюдалось и в гистопрепаратах у больных 1-й группы, и при оценке индексов кровоточивости PBI и CPI по секстанту кровоточивости. То есть, одним из звеньев патогенеза ХКГ у детей с ЗЧА являются морфофункциональные изменения в эпителии СОД.

Изучение элементов интерстиция в собственной пластинке СОД при ЗЧА и ХКГ на гистохимическом уровне показало наличие дистрофических нарушений в виде метахромазии основного вещества стромы с накоплением в строме нейтральных и кислых мукополисахаридов. Как известно из литературы, при окраске гистопрепаратов толуидиновым синим, степень метахромазии и её стойкость тем выраженнее, чем больше в собственной пластинке СОД кислотных групп и чем они активнее, что ведет к глубоким нарушениям метаболизма [12]. В ответ на признаки дезорганизации соединительной ткани в собственной пластинке СОД появля-

ется диффузная слабая лимфоплазмоцитарная инфильтрация с очаговой густой полиморфноклеточной воспалительной инфильтрацией.

Однако, на наш взгляд, одним из важнейших звеньев морфогенеза ХКГ у больных с ЗЧА явились микроциркуляторные нарушения в виде уменьшения площади МЦР, вазодилатации, плазматического пропитывания сосудистых стенок и периваскулярных пространств, набухания эндотелия сосудов с «феноменом краевого стояния лейкоцитов», неравномерного полнокровия сосудистого русла и микротромбозов. Обнаруженные патоморфологические изменения в МЦР СОД ведут к развитию морфофункциональной недостаточности сосудов с повышением проницаемости сосудистой стенки и нарушением процессов обмена и регенерации, что клинически проявляется кровоточивостью, повышением индекса кровоточивости PBI, снижением показателя CPI по секстанту кровоточивости, а также снижением стойкости стенки капилляров с укорочением времени образования гематомы, установленного нами при проведении вакуумной пробы.

Информативность и целесообразность проведения патоморфологического исследования для доклинической диагностики подтверждается фактом установления признаков ХКГ у двух пациентов 3-й группы.

Патоморфологические признаки ХКГ, установленные при микроскопии биоптатов пациентов с ЗЧА, совпадают с данными литературы [1,3,5,12,19]. Однако, в связи с тем, что аналогичные процессы в МПЭ и собственной пластинке СОД были обнаружены и у пациентов 2-й группы, для объективизации морфологического исследования и изучения морфогенеза ХКГ у детей с ЗЧА нами было предпринято сравнительное гистоморфометрическое исследование, позволившее установить отличительные количественные характеристики МПЭ и площади МЦР.

Сравнительное количественное морфометрическое исследование эпителия установило, что у пациентов 1-й группы толщина МПЭ была в 2,3 раза достоверно выше, чем у больных 2-й и в 1,9 раза – чем у больных 3-й группы.

Из патологической анатомии известно, что все стадии дистрофических и деструктивно-воспалительных процессов в органах и тканях сопровождаются нарушениями гемодинамики и микроциркуляции [13]. В связи с этим нами была определена площадь МЦР у больных ЗЧА и ХКГ. Было установлено, что площаль МЦР у больных 1-й группы достоверно уменьшается в 2,1 раза по сравнению со 2-й группой и в 2,8 раза по сравнению с 3-й группой.

Общеизвестно, что регионарный кровоток обеспечивает ткани кислородом, продуктами обмена веществ для выполнения свойственных им специфических функций [4,6,12,19]. Полученные данные позволяют утверждать, что в морфогенезе ХКГ у детей с ЗЧА уменьшение площади МЦР с увеличением проницаемости сосудистой стенки и расстройствами кровообращения ведет к нарушению гомеостаза и процессов регенерации в СОД, что обусловливает более тяжелое течение гингивита у пациентов с ЗЧА.

Полученные количественные характеристики толщины МПЭ и площади МЦР у пациентов 1-й, 2-й и 3-й групп превышают данные, приводимые другими авторами, проводившими свои научные исследования у взрослых пациентов с ИП и ХКГ в условиях умеренного и влажного климата [3,4,5,16,22]. Бóльшая толщина МПЭ и площади МЦР у детей 1-й, 2-й и 3-й групп, вероятнее всего, можно объяснить влиянием климатогеографических особенностей Туркменистана, морфологической и функциональной незрелостью тканей пародонта, а также спецификой обследованного контингента с преобладанием сочетанных видов ЗЧА у детей и подростков. Влияние неблагоприятных климатогеографических факторов в виде жаркого и сухого климата, высокого уровня инсоляции, резкого колебания суточных температур оказывают неблагоприятное воздействие как на весь организм ребенка в целом, снижая общий иммунитет [9], так и на слизистую оболочку полости рта, которая находится в постоянном контакте с агрессивными факторами внешней среды. По нашему мнению, морфофункциональные изменения с

увеличением толщины МПЭ и площади МЦР в СОД являются адаптационными компенсаторно-приспособительными процессами для нейтрализации неблагоприятных воздействий внешней среды и являются защитными механизмами для поддержания функциональных свойств слизистой оболочки.

Таким образом, установленные морфофункциональные и патогенетические особенности течения ХКГ у детей с ЗЧА с увеличением толщины МПЭ и площади МЦР при ИП и ХКГ без ЗЧА, являются адаптационными компенсаторно-приспособительными процессами, которые следует учитывать, как при разработке патогенетически обоснованной терапии, так и для внесения коррективов в показания и противопоказания к терапевтическому и ортодонтическому лечению.

Литература

1. Аверьянов С.И., Зубарева А.В. Взаимосвязь между зубочелюстными аномалиями и заболеваниями пародонта // Пробл. стоматол. – 2015. – №2. – С. 46.

2. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия: Руководство. – М.: Медицина, 1990. – 384 с.

3. Бакулин И.И. Ультраструктурный анализ слизистой оболочки десны при хроническом гингивите: Дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2010. – 146 с.

4. Быков В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека: Учеб. пособие. – Изд. 2-е испр. – СПб: Спец. лит-ра, 1998. – 248 с.

5. Водолацкий М.П., Павлов А.А., Некрасова А.А. Характер и патогенез развития воспалительного процесса в тканях пародонта у детей // Мед. вестн. Сев. Кавказа. – 2011. – №4. – С. 18-20.

6. Грудянов А.И., Зорина О.А. Методы диагностики воспалительных заболеваний пародонта: Руководство для врачей. – М.: Мед. информ. Агенство, 2009. – 112 с.

7. Гуненкова И.В., Смолина Е.С. Использование эстетического индекса ВОЗ для определения нуждаемости детей и подростков в ортодонтическом лечении // Институт стоматологии. – 2007. – №2 (35). – С. 24-26.

8. Еременко А.В., Шумилина В.А., Хачатурян Э.Э. и др. Диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний пародонта у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении // Актуальные вопросы клинической стоматологии: Сб. науч. тр. СГМУ. – Ставрополь, 2016. – С. 93-96.

9. Караев К.К., Графова В.А., Назаров Ч.М. Адаптационные возможности детского организма в жарком климате // Пробл. освоения пустынь. – 2014. – №1. – С. 64-66.

10. Кулаженко В.И. Вакуумный и электровакуумный метод диагностики и лечения стоматологических и некоторых воспалительно-дистрофических заболеваний: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Одесса, 1967. – 31 с.

11. Олесов Е.Е. Распространенность зубочелюстных аномалий у детей работников предприятий с опасными условиями труда и организационно-экономические аспекты их ортодонтической реабилитации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2009. – 22 с.

12. Пародонтология: Нац. руководство; Под ред. О.О. Янушевича, Л.А. Дмитриевой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 752 с.

13. Патологическая анатомия: Нац. руководство; Под ред. М.А. Пальцева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1264 с.

14. Попова Е.С. Роль заболеваний пародонта, состояния гемодинамики и микроциркуляции в патогенезе, профилактике и лечении зубочелюстных аномалий у детей, проживающих в условиях резко континентального климата: Дис. ... д-ра мед. наук. – Тверь, 2015. – 262 с.

15. Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтия. Дефекты зубов, зубных рядов, аномалии прикуса, морфофункциональные нарушения в челюстно-лицевой области и их комплексное лечение. – М.: Мед. информ. Агентство, 2006. – 544 с.

16. Fonseca C.M.B., Soares da Silva A.B., Macedo de Oliveira I. et al. Comparative histology aspects of the gingiva of children and adults in the Uni-versity Dental Clinics // J. Pharmacy. – 2017. – Vol. 7, №7. – P. 47-52.

17. Geiger A.M. Malocclusion as etiologic factor in periodontal disease: A retrospective essay // Amer. J. Orthodont. – 2001. – Vol. 120, №2. – P. 112-115.

18. Nedwed V., Miethke R.R. Motivation, acceptance and problems of invisilig patients // J. Orofac. Orthop. – 2005. – Vol. 66, №2. – P. 162-173.

19. Pari A., Ilango P., Subbareddy V. et al. Gingival diseases in childhood – A Review // J. Clin. Diagn. Res. – 2014. – Vol. 8, №10. – P. 1-4.

20. Petersen P.E., Bourgeois D., Ogawa H. et al. The glo-bal burden of oral diseases and risks to oral health // Bull. WHO. – 2005. – Vol. 83, №9. – P. 661-669.

21. Singh Sh., Vandana K.L. Assessment of width of attached gingiva in pri-mary: Part 2 // J. Res. Dent. Sci. – 2017. – Vol. 8, №4. – P. 157-161.

22. Vandana K.L., Shivani S., Savitha B., Vivek H.P. Assessment of Gingival Sulcus Depth, Width of Attached Gingiva and Gingival Thickness in Primary, Mixed, and Permanent Dentition // J. Dent. Res. Rev. – 2017. – Vol. 4. – P. 42-49.

Цель: поиск морфогенетических механизмов развития хронического катарального гингивита (ХКГ) у детей с зубочелюстными аномалиями (ЗЧА), проживающих в условиях сухого и жаркого климата, с помощью клинико-морфологического анализа биоптатов слизистой оболочки десны с количественной морфометрией многослойного плоского эпителия и площади микроциркуляторного русла. **Материал и методы:** обследованы 49 больных коренной национальности, из них 27 с ЗЧА и 22 – с ХКГ без ЗЧА в возрасте 10-17 лет. **Результаты:** на основании оценки индексов PBI и CPI, проведения вакуумной пробы для определения степени резистентности капилляров десны установлено изменение клинического состояния пародонта. В морфогенезе хронического катарального гингивита у пациентов с зубочелюстными аномалиями принимают участие изменения в эпителии и собственной пластинке с увеличением толщины эпителия и изменением площади микроциркуляторного русла. **Выводы:** количественные изменения этих показателей следует учитывать как при разработке патогенетически обоснованной терапии, так и для внесения коррективов в показания и противопоказания к терапевтическому и ортодонтическому лечению.

Ключевые слова: зубочелюстные аномалии, хронический катаральный гингивит, индекс кровоточивости, коммунальный пародонтальный индекс.

Maqsad: quruq va issiq iqlim sharoitida yashovchi dentoalveolyar anomaliyalari (DSA) bo‘lgan bolalarda surunkali kataral gingivit (CHG) rivojlanishining morfogenetik mexanizmlarini izlash, stratifikatsiyalangan epikvaliumning miqdoriy morfometriyasi bilan gingival shilliq qavat biopsiya namunalarini klinik va morfologik tahlil qilish. va mikrotomirlar maydoni. **Material va usullar:** mahalliy millatga mansub 49 nafar bemor tekshirildi, ulardan 27 nafari PFA bilan va 22 nafari 10-17 yoshli surunkali gepatit bilan og‘rigan. **Natijalar:** PBI va CPI indekslari, milk kapillyarlarining chidamlilik darajasini, klinik periodontal sharoitlarning o‘zgarishini aniqlash uchun vakuum testini o‘tkazish. Dentofasiyal anomaliyali bemorlarda surunkali kataral gingivitning morfogenezida, epiteliy va lamina propriadagi o‘zgarishlar kuchayishi bilan epiteliy qalinligida va mikrotomirlar sohasidagi o‘zgarishlarda ishtirok etadi. **Xulosa:** bu ko‘rsatkichlardagi miqdoriy o‘zgarishlar patogenetik asoslangan terapiyani ishlab chiqishda ham, terapevtik va ortodontik ko‘rsatmalar va kontrendikatsiyalarga tuzatish kiritishda ham hisobga olinishi kerak. davolash.

Kalit so‘zlar: dentofasial anomaliyalar, surunkali kataral gingivit, qon ketish indeksi, communal periodontal indeks.

Objective: To search for morphogenetic mechanisms of the development of chronic catarrhal gingivitis (CHG in children with dentoalveolar anomalies (DSA) living in dry and hot climates, using clinical and morphological analysis of biopsy samples of the gingival mucosa with quantitative morphometry of stratified squamous epithelium and the area of the microvasculature. **Material and methods:**

49 patients of indigenous nationality were examined, of which 27 with PFA and 22 with chronic hepatitis without CFA at the age of 10-17 years. **Results:** Based on the assessment of the PBI and CPI indices, conducting a vacuum test to determine the degree of resistance of the gum capillaries, a change in clinical periodontal conditions. In the morphogenesis of chronic catarrhal gingivitis in patients with dentofacial anomalies, changes in the epithelium and lamina propria with an increase in the thickness of the epithelium and changes in the area of the microvasculature take part. **Conclusions:** Quantitative changes in these indicators should be taken into account both when developing pathogenetically based therapy, and to make adjustments to indications and contraindications for therapeutic and orthodontic treatment.

Key words: dentofacial anomalies, chronic catarrhal gingivitis, bleeding index, communal periodontal index.

Стоматология детского возраста

ИНФОРМАЦИОНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ КАРТА ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ




Х.К. Дусмухамедова, М.И. Азимов
Ташкентский Государственный институт стоматологии

Актуальность Разработка новых, более эффективных автоматизированных методов диагностики заболеваний с помощью математических методов и информационной технологий является одной из актуальных задач современной медицины [5].

В настоящее время значительно возросли требования к точности и достоверности диагноза. Удовлетворить их традиционными способами становится все труднее [1,2,3]. Применение современных методов диагностики (термография, ультразвуковая остеометрия, ультразвуковая томография) позволили осуществлять топическую диагностику патологических очагов, т.е. выявить локализацию, распространенность процесса, определять степень вовлечения тканей, фазу течения заболевания.

Разработка новых методов исследования больного очень важна, но не решает проблемы, так как остается открытым вопрос, как из имеющейся информации о состоянии больного сделать верный диагностический вывод. Анализ медицинских документов показал, что допускается весьма существенное вольное толкование фиксируемых в них данных, и отсюда невозможность объективного представления о патологическом процессе и эффективности применяемых методов лечения [4].

Цель исследования: разработать информационно- диагностическую карту распознавания одонтогенного остеомиелита нижней челюсти в острой фазе заболевания у детей.

Материал и методы. Исследование проведено на анализе данных 341 больного острым одонтогенным оститом и остеомиелитом нижней челюсти, лечившихся в клинике детской челюстно- лицевой хирургии ТГСИ. Из них сформированы

две группы больных: обучающая 120 больных оститом и 120 остеомиелитом равных количеств больных мальчиков (60) и девочек (60) в одинаковых возрастных группах 3-7 и 8-14 лет (итого 240 больных), и экзаменационная. Для учета анамнестических, клинико-лабораторных исследований и течения заболевания каждому ребенку заполнялась карта больного с инфекционно-воспалительным процессом челюстно-лицевой области. Тщательно изучались общие изменения в организме и местные признаки воспалительного процесса.

Результаты исследования и обсуждение.

Для ввода данных в компютер, качественная характеристика симптомов переведена в количественные выражения с помощью балльной оценки, с учетом степени их выраженности. Первичный массив состоял из априорных данных о 240 больных, по 38 симптомам острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти. Используя методы математического моделирования проведено несколько машинных экспериментов, с целью получения оптимального правила балльной оценки признаков. Так в карту из 38 включены 20 признаков, имеющих диагностическую ценность. Так как, без точной оценки диагностических признаков, невозможно получить надежное решающее правило прогноза форм течения заболевания (Таблица 1).

Таблица 1

Информационно-диагностическая карта обследования детей больных острым одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти.

№ признаков	Клинико лабораторные данные	Градации симптомов	Бальная оценка признаков	Кодпризнаков
1	2	3	4	
1.	Срок обращения	а) до 3 суток	«1» балл	X_1
		б) с 4 по 6	«3» балла	
		в) с 7 по 9 «3»	«5» баллов	
		г) 10 суток и позже	«7» баллов	
2	Фактор риска	а) детские инфекции	нет симптома	X_2
		б) эпид. Гепатит	«1» балл	
		в) аллергич. Реакции	Есть симптом	
		г) частые простуды	«2» балла	
		д) не санированн. рот	Учитывать сумму баллов	
		е) соматич. заболев-я.		
	Проведенное лечение до госпитализации	хирургическое		X_3
		до 3 суток	«1»	
		с 4 по 6 сутки	«2»	
		7 сутки и позже	«4»	
	Жалобы при поступлении	а) слабость	нет симптомов	X_4
		б) недомогание	«1»	
		в) адинамия	есть симптомов	
		г) нарушение сна	«2»	
		д) нарушение аппетита	учитывают сумму баллов	
		е) озноб		
		ж) судороги		
		з) капризность		

5.	Общее состояние	а) удовлетворить	«2»	X_5
		б) средней тяжести	«4»	
		в) тяжелое	«8»	
		г) крайне тяжелое	«12»	
6.	Учащение пульса	80-85	«1»	X_6
		86-80	«2»	
		96-100	«3»	
		101-110	«4»	
		111-120	«5»	
		121-130	«6»	
		131-136	«7»	
		137-140	«8»	
7.	Повышение температуры тела	36,6-36,9	«1»	X_7
		37-37,5	«2»	
		37,6-37,9	«3»	
		38-38,9	«4»	
		39-39,5	«5»	
		39,6-39,9	«6»	
		40 и более	«7»	
8.	Состояние кожных покровов	а) гиперемия	«2»	X_8
		б) отечность	«2»	
		в) инфильтация	«4»	
9.	Состояние регионарных лимфатических узлов	увеличен., болезненость	«4»	X_9
		с явлениями периаден	«6»	
		множествен. лимфаденит	«8»	
10.	Симптом Венсана		нет симптома «1»	X_{10}
		гиперэстезия с одной стороны	«2»	
		анестезия с одной стороны	«4»	
11.	Ограничение открывания рта	I степень	«2»	X_{11}
		II степень	«4»	
		III степень	«8»	
12.	Флюктуация в клетчаточных пространствах окружающих нижнюю челюсть		нет симптомов «1»	X_{12}
			есть симптом «2»	
			умноженное на количество пространств	
13.	Боль	в челюсти	нет симптома «1»	X_{13}
		в окружающих мягких тканях	есть симптом «2»	
		при открывание рта	учитывают сумму баллов	
		при глотании по переходной складке		

14.	Распространенность процесса в кости	ограниченный	«2»	X_{14}
		очаговый	«4»	
		диффузной	«6»	
		с переходом в противоположную сторону	«8»	
15.	Отечность и гиперемия слизистой альвеолярного отростка		нет симптома «1»	X_{15}
			есть симптом «2» умноженное на количество зубов, соответствующих уровню отека, гиперемии	
16.	Муфтообразное расширение челюсти	альвеолярного отростока	«1»	учитывать сумму баллов
		на уровне 3-4 зубов	«3»	X_{16}
		тело челюсти	«3»	
		угол челюсти	«3»	
		ветвь	«3»	
		подбородочный отдел	«3»	
17.	Флюктуация по переходной складке	а) на уровне 3-4 зубов	«2»	X_{17}
		б) на уровне 6-8 зубов	«4»	
		в) на уровне 10-14 зубов	«6»	
18.	Подвижность зубов		нет симптома «1»	X_{18}
			есть симптом «2»	
			умноженное на количества зубов	
19.	Выделение гноя из зубодесневых карманов		нет симптома «1»	X_{19}
			сть симптом «2»	
			умноженное на количества зубов	
20.	Болезненная перкуссия зубов		нет симптома «1»	X_{20}
			есть симптом «2»	
			умноженное на количества зубов	

При разделении признаков заболевания на градации, мы придерживались общепринятых степеней выраженности, либо ориентировались на его распространенность (количество анатомических областей зубов, соответствующих уровню патологического очага). На основе диагностических признаков разработаны линейная математическая модель и прогностические правила форм течения острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти у детей. Модель позволяет прогнозировать течение заболевания без применения вычислительной техники. Расчитаны весовые коэфициенты информативных признаков изучаемой патологии.

На совокупности признаков, для которых не была отвергнута выдвинутая гипотеза Н, построена линейная математическая модель форм течения заболевания:

$$\varphi = \sum_{j=1}^{n} \alpha_j x_j + \alpha_0$$

φ – форма течения острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти

α_j – весовые коэфициенты признаков

x_j – симптомы, выраженные в баллах

α_0 – свободный член

Линейная математическая модель строилась с учетом следующего критерия:

$$\omega : \mathrm{E}\,[\varphi - S]^2 \rightarrow min$$

Где S – степень выраженности патологического процесса.

При построении модели использован метод наименьших квадратов с подключение метода ведущего элемента при решении систем алгебраических уравнений методов Гаусса. Для определения форм течения заболевания по модели, необходимо просуммировать баллы клинических симптомов болезни, умноженных на весовые коэффициенты соответствующих признаков и сравнить с прогностическим порогом. Если сумма не превышает порог, то течение гнойное, в противном случае -деструктивное. При построении решающего правила дифференциации форм заболевания использован метод построения интегральной характеристики тяжести патологического процесса. При этом необходимо отметить, что в данном случае обобщенный показатель имеет смысл прогностического правила относительно дальнейшего течения заболевания. Здесь S=0- наблюдалась острая гнойная форма патологического процесса, а S=2 соответствовало деструктивное течение заболевания. Используя критерий Стьюдента как это было сделано выше, для каждого класса был определен перечень наиболее значимых показателей, на основе которых были получены интегральные характеристики прогноза течения заболевания и разработано решающее правило:

Если $\varphi < t$ - следует ожидать гнойное течение заболевания

Если $\varphi > t$ - то деструктивное.

Где t- прогностический порог, определяемый из условия наилучшего согласования с экспертным заключением (верифицированным диагнозом).

В результате расчетов обнаружено, что количество и качество диагностических признаков, имеют значимое различие между формами течения острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти у различных групп детей различны в зависимости от возраста и даже пола. С помощью корреляционного анализа клинических и лабораторных диагностических показателей детей больных исследуемой патологией выявлена взаимозависимость симптомов острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти (ООНЧ) в зависимости от возраста, пола ребенка и формы течения заболевания.

Выводы.

1. Методом математического моделирования выявлены 20 качественных признаков острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти имеющих диагностическую ценность. Каждая из них переведены в количественное выражение.

2. Разработанная информационно-диагностическая карта обследования детей больных острым одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти позволяет более точно оценить выраженность симптомов в острой фазе.

3. Корреляционным анализом клинических диагностических показателей определенны зависимость признаков от возраста, пола ребенка и формы течения воспалительного процесса, что необходимо учитывать при планировании обследования и лечения больных.

Список литературы

1.Азимов М.И., Ризаев Ж.А., Азимов А.М. Новый подход к классификации воспалительных заболеваний периапикальных тканей зубов. // Журнал Stomatologiya-Ташкент 2019 (76) № 3.-С. 56-61. (14.00.00. № 12).

2.Rizaev J.A., Azimov A.M., Tojiev F.I., Tursunaliev Z.Z.//Ultrasound Osteometry in the Diagnosis of Inflammatory Processes of Periapical Tissues.Central asian journal of medical and natural sciences.Volume: 02 Issue: 04 | Jul-Aug 2021 ISSN:2660-4159 page 36-39. http://cajmns.centralasianstudies.org. (№ 23)

3. M.A. Askarov, A.M. Azimov, & Sh.K. Isokjonov *Application Of Decompression Treatment For Mandibular Radicular Cysts.//* The american journal of medical sciences and pharmaceutical researchImpact Factor – 5,6 (№ 23)

4 Азимов А.М., Кодиров Р.Х., Азимов М.И. Диференциальная диагностика течения острого одонтогенного остита и остеомиелита чельюсти у детей на основе дискриминантных функций (Diagnoz.exe)// Агентсво по интелектуальной собственности при министерстве юстиций Республики Узбекистан. DGU 07914. От 10.02.2020

5. Дусмухамедова Х.К., Азимов М.И. Неинвазивные методы диагностики острых одонтогенных воспалительных заболеваний// Монография Ташкент-2023. ООО Tibbiyot Nashriyot Matbaa Uyi, 128 с.

Аннотация

Исследование проведено на анализе данных 341 детей лечившихся в клинике детской челюстно- лицевой хирургии ТГСИ. Из них сформированы две группы больных: 120 больных гнойным и 120 деструктивным остеомиелитом равных количеств больных мальчиков (60) и девочек (60) в одинаковых возрастных группах 3-7 и 8-14 лет (итого 240 больных)-обучающая и (101)-экзаменационня группы.

Каждому ребенку заполнялась карта больного с инфекционно-воспалительным процессом челюстно-лицевой области, включающая 38 симптома острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, качественная характеристика симптомов переведена в количественные выражения с помощью балльной оценки. Используя методы математического моделирования проведено несколько машинных экспериментов, в карту вкючены 20 признаков, имеющих диагностическую ценность. Проведя ряд машинных экспериментов, выявлены достоверные различий между обеими формами течения одонтогенного остеомиелита нижней челюсти в острой фазе заболевания. Разработанная математическая модель и решающие правила прогноза течения одонтогенного течения остеомиелита нижней челюсти, позволяют вычислить форму воспалительного процесса в острой фазе без ИТ простым подсчетом прогностического коэфициента.

Annotation

The study was conducted on the analysis of data from 341 children treated at the pediatric maxillofacial surgery clinic of the TGSI. Of these, two groups of patients were formed: 120 patients with purulent and 120 destructive osteomyelitis, equal numbers of sick boys (60) and girls (60) in the same age groups 3-7 and 8-14 years (total 240 patients) - teaching and (101) - examination group.

Each child filled out a patient's card with an infectious-inflammatory process of the maxillofacial area, including 38 symptoms of acute odontogenic osteomyelitis of the mandible; the qualitative characteristics of the symptoms were translated into quantitative expressions using a score. Using mathematical modeling methods, several machine experiments were carried out; 20 features that have diagnostic value were included in the map. After conducting a series of machine experiments, significant differences were revealed between both forms of odontogenic osteomyelitis of the mandible in the acute phase of the disease. The developed mathematical model and the decisive rules for predicting the course of the odontogenic course of osteomyelitis of the lower jaw make it possible to calculate the form of the inflammatory process in the acute phase without IT by simply calculating the prognostic coefficient.

Обзорные статьи

УДК: 616.314-089.23; 616,716,1-089,87

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА






Таиров У.Т., Сироджидинов Ш.Б., Джумаев Ш.М., Тоиров М.У.
Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (Душанбе, Таджикистан)

В истории костно-реконструктивной хирургии лицевого черепа произошло так, что методы остеотомии, не получив своего убедительного экспериментального обоснования, стали применяться в клинической практике. Отсутствие ясных теоретических и научно-практических положений привело к тому, что в ряде случаев применяют малообоснованные, найденные эмпирическим путем варианты техники остеотомии, способов фиксации и сроков длительности межчелюстной фиксации в послеоперационном периоде, которые в последующем приводят к различным осложнениям и рецидиву деформации [5,11,12,16,20,29].

Во время проведения международного конгресса по дистракционному остеогенезу в 1997 г. во Франции Поль Тессье, известный хирург, которого считают отцом черепно-челюстно-лицевой хирургии, высказал мнение, что использование дистракционного остеогенеза часто превосходит и опережает его научное обоснование. В настоящее время, невзирая на достижения метода дистракционного остеогенеза, одномоментные ортогнатические операции в челюстно-лицевой хирургии выполняются гораздо чаще.

Актуальными аспектами проблемы хирургического лечения больных с аномалиями и деформациями средней зоны лицевого черепа ключевым являются:

- сроки оперативных вмешательств;
- допустимые величины мобилизации остеотомированных фрагментов при одномоментных перемещениях, способы и длительность их фиксации;
- характер трансплантатов, помещаемых в образовавшиеся диастазы после одномоментных перемещений остеотомированных фрагментов верхней челюсти;
- несоответствие новой функции старой форме;
- влияние оперативного вмешательства на дальнейший рост челюстей;
- место ортодонтов в решении этого сложного вопроса и т.д.

До настоящего времени среди специалистов продолжаются споры о характере заживления диастазов между костными фрагментами при одномоментных перемещениях. Ряд авторов [2,3,21] считают, что линия переломов (остеотомии) в средней части лицевого черепа срастается только посредством фиброзного сращения. Нет единого подхода в отношении сроков проведения операций, не обоснованы способы фиксации при одномоментных перемещениях остеотомированных фрагментов, не определена длительность межчелюстной фиксации в послеоперационном периоде. Нет единой точки зрения на применение костных трансплантатов: применять их или нет, если да, то на каких участках

их помещать, избирательно или по всему периметру диастаза. Не обоснованы пределы перемещения верхнечелюстного комплекса при одномоментных операциях, сроки проведения операций и т.д. [23,24].

Важно изучить процесс заживления костных дефектов, сообщающихся с придаточными пазухами носа, которые часто встречаются в практике реконструктивной хирургии средней зоны лицевого черепа. Большой интерес представляет исследование особенностей репаративной регенерации пластинчатой костной ткани верхней челюсти в условиях дозированной дистракции с учетом силы, ритма и темпа дистракции.

Из всех аспектов проблемы наиболее часто затрагивается вопрос рецидива заболеваний в ближайшем и отдаленных сроках наблюдения. По разным данным, он колеблется в пределах 0-100% [9,10,25,] Особенно велико количество рецидивов у больных, ранее перенесших оперативное вмешательство по поводу врожденных расщелин губы и неба [6,7,13,22,29].

Все это говорит об актуальности проблемы, решение которой должно основываться на поиске новых научно-обоснованных подходов. Остеотомии костей лицевого черепа должны выполняться на экспериментально-теоретической основе, а не на механистическом подходе.

В этой связи проводятся исследовательские работы, основанные на принципе перемещения костей лицевого черепа в расчете на раскрытие шовного соединения на границе висцерального и церебрального черепа [1,14,15,18,19,21,27]. Эти методы в определенной степени решают проблему лечения больных с аномалиями и деформациями средней зоны лица, но они длительны (до 1,5-2 лет), и их применение возможно только у лиц молодого возраста. К тому же устройства, предназначенные для перемещения верхнечелюстного комплекса, далеки от совершенства и часто причиняют неудобства и дискомфорт пациентам и, как правило, пациенты на ранних этапах лечения отказываются от дальнейшего лечения.

Основываясь на достижения ортопедии и травматологии по дистракционному остеогенезу [17] нами [6,8], начиная с 1977-1980 гг. в Центральном научно-исследовательском институте стоматологии и челюстно-лицевой хирургии 40 больным в возрасте 16-30 лет с верхнечелюстной микрогнатией и сочетанными деформациями челюстей проведено лечение путем щадящей остеотомии верхней челюсти на уровне Le-Fort I и высокий Le-Fort I с последующим дозированным перемещением внеротовым устройством на основе торако-цервикального корсета (рис. 1). По результатам проведенных исследований защищена кандидатская диссертация.

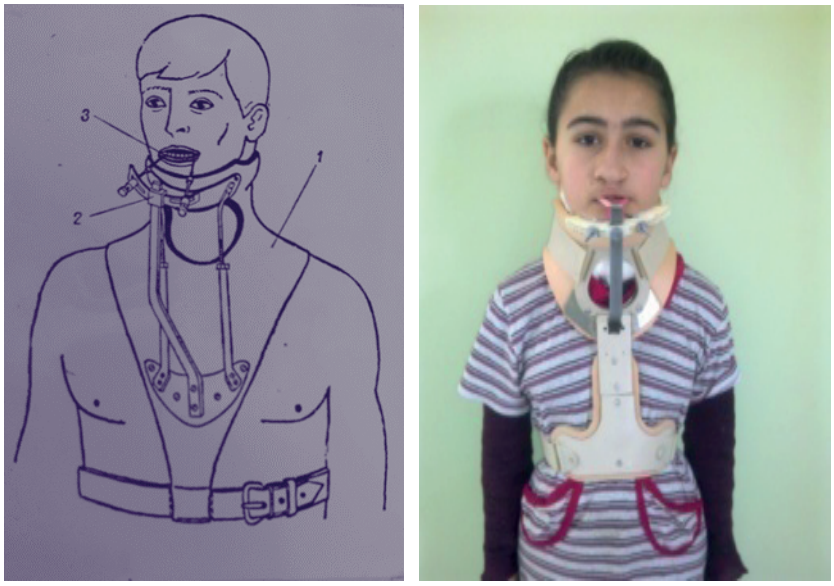


Рис. 1 Схематическое изображение торако-цервикального корсета с дистракционно-тарировочным узлом: 1 – корсет, 2 – дистракционно-тарировочный узел с прелабиальной дугой, 3 – каппа, зафиксированная на верхней челюсти.

В дальнейшем для подтверждения достоверности концепции дистракционного остеогенеза в пластинчатых костях лицевого черепа с 1987-1988 гг. в условиях вивария экспериментального сектора Научно-исследовательского института медицинской радиологии АМН СССР г. Обнинска проведены экспериментальные исследования на 54 беспородных собаках (рис. 2). На основании микроангиографических, рентгенологических, гистологических, радионуклидных исследований, а также нейтронно-активационного анализа доказано образование полноценного костного регенерата [7].

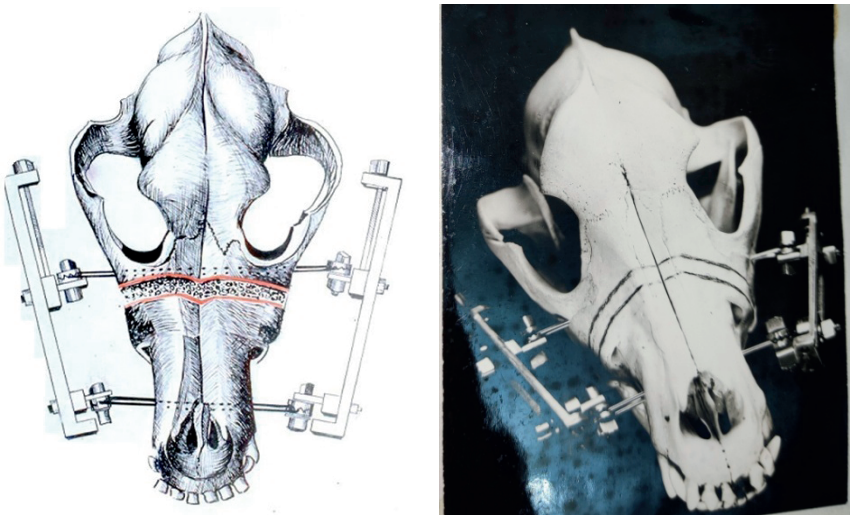


Рис. 2. Схема горизонтальной остеотомии верхней челюсти на уровне 7 1 7 зубов с установленным компрессионно-дистракционным аппаратом.

В последующем подобные экспериментальные и клинические исследования в пластинчатой костной ткани средней зоны лицевого черепа проводили и некоторые зарубежные авторы [4,12,13,25,26,28].

Пути решения проблемы лечения больных с деформациями средней зоны лица должны развиваться по всем трем направлениям: ортодонтическом, хирургическом и хирургическо-ортодонтическом. Можно с уверенностью сказать, что еще не раскрыты все потенциальные возможности этих методов лечения, недостаточно обоснованы экспериментально-теоретическими исследованиями биологические основы репаративных процессов, происходящих при их применении. Недостаточно уделено внимания тому, как происходит образование костной ткани в столь неблагоприятных условиях, не рассматриваются причины рецидивов с точки зрения природы сращения костной ткани. Неблагоприятные условия сосудисто-регенерационного комплекса, обусловленные ажурным анатомическим строением этой зоны, при проведении остеотомии верхней челюсти с одномоментным перемещением костных фрагментов, по нашему мнению, являются одной из весьма важных причин рецидивов заболеваний. Как можно говорить об оптимальных сроках фиксации костных фрагментов и рациональной послеоперационной реабилитации, если мы не знаем о динамике репаративных процессов в костной ткани в пространстве перемещенных на значительные расстояния остеотомированных фрагментов? То, что в отдаленные сроки наблюдения отмечается тенденция к смещению остеотомированного фрагмента обратно, о котором пишут многие авторы, скорее всего, можно объяснить тем, что в отдельных случаях происходит сращение кости посредством фиброза либо фиброзно-хрящевого соединения.

Хотя исследования, проведенные на кроликах и собаках, не могут служить точной моделью остеотомии с одномоментным перемещением, характер заживления костной раны в условиях сообщения с полостью

носа и его придаточными пазухами в определенной степени можно сравнивать с тем, что наблюдается при одномоментных перемещениях остеотомированных фрагментов верхней челюсти. В отличие от трубчатой кости, межотломковое пространство не заполняется кровяным сгустком с последующим прорастанием в его кровеносных сосудах, так как при остеотомии средней зоны лицевого черепа площадь костной поверхности остеотомированного участка незначительная и к тому же имеют место сообщения с внешней средой, то есть с полостью носа и придаточными пазухами носа (рис. 3).

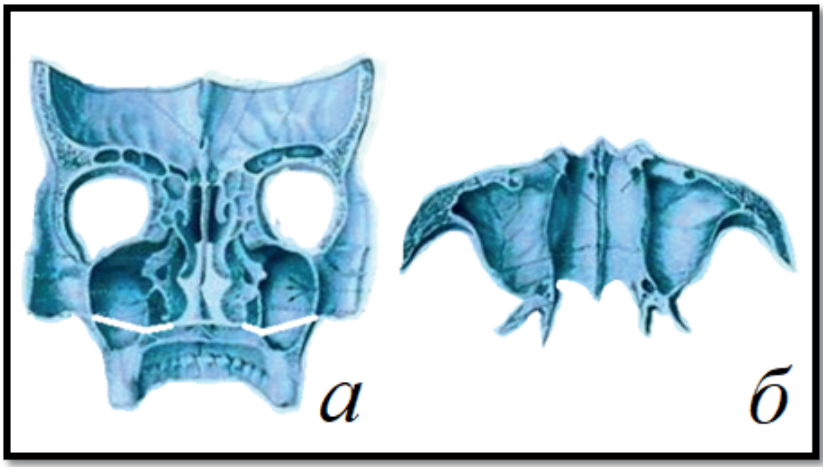


Рис. 3. Скелет полости носа и глазницы (сзади) (а); скелет полости носа (сверху) (б).

При этом за счет активной регенерации слизистой полости носа и верхнечелюстной пазухи, которая врастает в дефект и соединяется с мягкотканными образованиями с противоположной стороны, и линии распила с каждой стороны диастаза закрывается мягкотканым покрытием. Вросшие соединительнотканое образование в дальнейшем препятствует росту костной ткани в сторону дефекта. В этой связи, видимо, целесообразно изыскать возможности и пути максимального восполнения межотломкового пространства трансплантационными материалами с последующей жесткой фиксацией остеотомированного фрагмента, что весьма проблематично в этой зоне. Здесь нерешенных вопросов много, но ясно одно: необходимо проводить экспериментальные исследования, направленные на изучение репаративной регенерации межотломкового пространства при одномоментных перемещениях костных фрагментов верхней челюсти.

Заключение

Проведенный исследовательский обзор позволяет удостовериться, что данная тематика занимает особое место в черепно-челюстно-лицевой хирургии, т.к. костно-реконструктивные операции на участках пластинчатой костной ткани, не получив убедительного экспериментального обоснования, стали широко применяться в клинической практике.

Следует подчеркнуть, что:

- реконструктивные и костнопластические операции при аномалиях и деформациях средней зоны лицевого черепа в силу его структурных и анатомо-топографических особенностей, а также многообразия их форм являются сложными. Поэтому нельзя свести проблему реконструктивно-восстановительного лечения только к применению одного универсального метода (подхода), позволяющего получить стойкий лечебный эффект. При лечении больных с указанной патологией должен применяться тот метод и тот способ, благодаря которому может быть достигнут наиболее благоприятный функциональный и эстетический результат. Этот способ определяется на основании научных данных и личного опыта хирурга (стаж, опыт, техническое оснащение и умение владеть

техникой), а также возможностей, которыми он располагает в сложившейся конкретной обстановке;

- с биологической точки зрения предпочтительные щадящие методы остеотомии, при которых максимально сохраняются сосудисто-регенерационные комплексы окружающих тканей, обеспечивающие и сводящие к минимуму развитие общих и местных осложнений, ухудшающих исход лечения больного;

- в принципе способ лечения должен быть простым, безопасным для больного и доступным большинству специалистов. Кроме того, он должен быть максимально дешев и минимален по трудоемкости при одинаковой или почти одинаковой эффективности;

- с нашей точки зрения, наряду с различными хирургическими методами лечения аномалии и деформации средней зоны лицевого черепа, перспективными являются ортодонтические и хирургическо-ортодонтические методы, которые необходимо развивать и усовершенствовать как малотравматичные щадящие способы лечения, позволяющие добиться стойкого лечебного эффекта.

Литература

1. Варес Э.Я., Салауддинов М. Экспериментальное раскрытие межкостных швов на границе висцерального и церебрального отделов черепа // Стоматология. – 1981. – Т. 60, №2. – С. 50-53.

2. Васильев А.В., Волков А.В., Гольдштейн Д.В. Характеристика неоостеогенеза на модели критического дефекта теменных костей крыс с помощью традиционной и трёхмерной морфометрии // Гены и клетки. – 2014. – №4 (9). – С. 121-127.

3. Волков А.В. Морфология репаративного остеогенеза и остеоинтеграции в челюстно-лицевой хирургии: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2018. – 261 с.

4. Калугина Л.С., Топольницкий О.З., Применение классических компрессионно-дистракционных и новейшего аппарата для непрерывной дистракции в клинике кафедры детской ЧЛХ МГМСУ // Материалы 7-й Международной научно-практической конференции. – М. ,2022. – С. 110-113.

5. Сенюк А.Н. Марахтанов Н.Н. Коррекция скелетных аномалий челюстно-лицевой области // Соврем. технологии в медицине – 2012. – №3. – С. 138-144.

6. Таиров У.Т. Избирательная остеотомия с дозированной дистракцией при лечении больных с деформациями средней зоны лицевого скелета // Acta chirur. plast. (Prague). – 1983. – Vol. 25, № 3. – P. 128-136.

7. Таиров У.Т. Экспериментально-клиническое обоснование новых подходов в лечении больных с деформациями средней зоны лицевого черепа: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1989. – 48 с.

8. Таиров У.Т., Сукачев В.А., Гунько В.И. Хирургическо-ортодонтический метод лечения деформации средней зоны лицевого скелета // Стоматология. – 1980. – №1. – С. 35-38.

9. Araujo A. et al. Total maxillary advancement with and without bone grafting // J. Oral Surg. – 1978. – Vol. 36. – P. 849.

10. Bell W.H., Scheideman G.B. Correction of vertical maxillary deficiency: Stability and soft tissue changes // J. Oral Surg. – 1981. – Vol. 39. – P. 666.

11. Brown K.A., Bissonnette B., MacDonald M., Poon A.O. Hyperkalaemia during massive blood transfusion in paediatric craniofacial surgery // Canad. J. Anaesth. – 1990. – Vol. 37. – P. 401-408.

12. Cohen S.R., Rutrick R.E., Burstein F.D. Distraction osteogenesis of the human craniofacial skeleton initial experience with a new distraction system // J. Craniofac. Surg. – 1995. – Vol. 6. – P. 368.

13. Cohen S.R., Burstein F.D., Stewart M.B., Rathburn M.A. Maxillary midface distraction in children with cleft lip and palate: a preliminary report // Plast. Reconstr. Surg. – 1997. – Vol. 99. – P. 1421-1428.

14. Dellinger E.L. A preliminary study of anterior maxillary displacement // Amer. J. Orthodont. – 1973. – Vol. 63, №5. – P. 509-516.

15. Delaire J., Verdon P., Salagnac J.-M. Bases physiologiques de l'equilibre du

maxillaire superieur // Act. Odonto-stomatol. – 1979. – Vol. 128. – P. 611-645.

16. Fearon J.A., Whitaker L.A. Complications with facial advancement: a comparison between the Le Fort III and monobloc advancements // Plast. Reconstr. Surg. – 1993. – Vol. 91. – P. 990-995.

17. Ilizarov G.A. The tension-stress effect on the genesis, and growth of tissues: II. The influence of the rate and frequency of distraction // Clin. Orthop. – 1989. – Vol. 239. – P. 263·286.

18. Jackson G.W., Kokich V.G., Shapiro P.A. Experimental and postexperimental response to anteriorly directed extraoral force in young Macaca nemestrina // Amer. J. Orthodont. – 1979. – Vol. 75, №3. – P. 318-333.

19. Kambara T. Dentofacial changes produced by extraoral forward force in the Macaca irus // Amer. J. Orthodont. – 1977. – Vol. 71, №3. – P. 249-277.

20. Luyk H.N., Ward-Booth R.P. The stability of Le Fort I advancement osteotomies using bone plates without bone grafts // J. Maxillofac. Surg. – 1985. – Vol. 13, №6. – P. 250-253.

21. Legan H.L., Nanda R. Craniofacial adaptation after total maxillary osteotomy in Macaca irus: A cephalometric and histologic study // Amer. J. Orthodont. – 1978. – Vol. 73, №4. – P. 410-427.

22. Molina F. Maxillary distraction osteogenesis. Presented at the Workshop on Distraction of the Craniofacial Skeleton. – New York University Medical Center, 1994.

23. Nanda R. Protraction of maxilla in rhesus monkeys by controlled extraoral forces // Amer. J. Orthodont. – 1978. – Vol. 74, №2. – P. 121-141.

24. Poole M.D., Robinson P.P., Nunn M.E. Maxillary advancement in cleft palate patients. A modification of the Le Fort I osteotomy and preliminary results // J. Maxillofac. Surg. – 1986. – Vol. 14, №3. – P. 123-127.

25. Rachmiel A., Potparic Z., Jackson I.T. et al. Midface advancement by gradual distraction // Brit. J. Plast. Surg. – 1993. – Vol. 46. – P. 201-207.

26. Rachmiel A., Jackson I.T., Potparic Z., Laufer D. Midface advancement in sheep by gradual distraction: a 1-year follow-up study // J. Oral Maxillofac. Surg. – 1995. – Vol. 53. – P. 525-529.

27. Sarnas K.V., Rune B. Extraoral traction to the maxilla with the face mask: a follow-up of 17 consecutively treated patients with and without cleft lip and palate // Cleft Palate J. – 1987. – Vol. 24. – P. 95-103.

28. Stalmans K., Verdonck A., Van Erum R. Cephalometric evaluation of maxillary advancement with an internal distractor in an adult boxer dog // Orthod. Craniofacial Res. – 2003. – Vol. 6. – P. 104-111.

29. Swennen G., Colle F., De Mey A., Malevez C. Maxillary distraction in cleft lip and palate patients: a review of six cases // J. Craniofacial Surg. – 1999. – Vol. 10. – P. 117-122.

Аннотация. Проведен тщательный анализ литературных источников, посвященных существующим в настоящее время методам лечения больных с аномалиями и деформациями средней зоны черепа. Подчеркивается актуальные аспекты нерешённых вопросов преимущественно при одномоментном перемещении остеотомированных фрагментов верхнечелюстного комплекса. Обсуждаются вопросы регенеративных процессов в пластинчатой костной ткани средней зоны лицевого черепа.

Ключевые слова: аномалия окклюзии, верхняя челюсть, остеотомия, остеогенез, дистракция, регенерация.

Annotatsiyasi. Bosh suyagining o‘rta zonasining anomaliyalari va deformatsiyasi bilan og‘rigan bemorlarni davolashning mavjud usullariga bag‘ishlangan adabiy manbalarning to‘liq tahlili o‘tkazildi. Yechilmagan masalalarning dolzarb jihatlari, asosan, maksiller majmuaning osteotomizatsiyalangan qismlarining bir vaqtning o‘zida harakatlanishi bilan ta’kidlangan. Yuz bosh suyagining o‘rta zonasining qatlamli suyak to‘qimalarida regenerativ jarayonlarning muammolari muhokama qilinadi.

Kalit so‘zlar: okklyuzion anomaliya, yuqori jag‘, osteotomiya, osteogenez, distraktsiya, regeneratsiya.

Summary. A thorough analysis of literary sources devoted to currently existing methods of treating patients with anomalies and deformations of the middle zone of the skull was carried out. The current aspects of unresolved issues are emphasized, mainly with the simultaneous movement of osteotomized fragments of the maxillary complex. Issues of regenerative processes in the lamellar bone tissue of the middle zone of the facial skull are discussed.

Key words: occlusion anomaly, upper jaw, osteotomy, osteogenesis, distraction, regeneration.

УДК: 616.716.8-617.52]-616-002.32/36-02-092

MODERN VIEW ON THE ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF ABSCESSES AND PHLEGMONS OF THE MAXILLOFACIAL AREA





Ikramov G.A., Abdukhakimova D.A., Omonov A.I.
Toshkent davlat stomatologiya instituti

The problem of treating acute infection has remained the focus of attention of many clinicians and researchers for many years. Despite the improvement of surgical and drug treatment methods and the use of non-pharmacological agents, the number of patients with acute purulent-inflammatory diseases in maxillofacial departments ranges from 40 to 70% of the total number of hospitalized patients [3,5,7,10,16]. The use of modern methods in the treatment of periostitis, osteomyelitis, abscess and phlegmon of the maxillofacial area, such as: hyperbaric oxygenation, laser, ultrasound, ozone, administration of antibiotics intravenously, intraarterially, through the lymphatic tract, significantly increased the therapeutic effect, but did not allow to avoid complications in the form of meningitis, vein thrombosis face, sepsis. Complications with phlegmon of the maxillofacial area are observed in approximately 2-7% of cases. In addition, there is a tendency to increase the number of patients with an atypical course of the disease, a tendency to progression and generalization of the process [1,2,6,11].

In terms of age, there are two peaks in the incidence of abscess and phlegmon of the maxillofacial area: 9-12 and 20-35 years [4,8,11].

The first peak occurs during the period of mixed dentition, when the intensity of damage to primary molars is combined with a high susceptibility to caries of the first molars. The second peak is associated with an increase in the intensity of caries in permanent teeth and frequent complications during the eruption of lower permanent teeth [9,12,14].

The infectious process is a manifestation of a macroorganism and microorganisms. The course of the inflammatory process depends on indicators of the body's reactivity, determined by the action of acute phase proteins, cytokines, the activity of the phagocyte system, the state of specific resistance mechanisms, hereditary factors, coagulation, and antioxidant systems of the body. The molecular and cellular mechanisms of the immune system play a significant role in the pathogenesis of inflammation. The choice of treatment

tactics and prevention of local and general complications largely depends on the degree and nature of their changes [2,11,13].

In patients with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial area, 3 immunological variants of the course of the inflammatory process are distinguished: normergic, hyperergic and hypoergic. The normergic type is characterized by an adequate response of the body to inflammation and is compensatory in nature. Immunological parameters are normal, but if immunological reactions are low, inflammation from a protective reaction turns into a pathological one and proceeds as hypo and hyperergy. Studying the immunogram parameters of A.I. Volozhin (1996) noted an increase in the phagocytic activity of leukocytes by 2-4 times, and concluded that the immune reactions in some patients were inferior.

Moreover, if the normergic inflammatory reaction proceeds within normal limits, that is, the number of T and B cells remains within normal limits. With a hyperergic reaction, which accounts for approximately 16.5% of all cases of purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial area, the introduction of opportunistic microorganisms is observed, which contributes to chronic endogenous intoxication.

Recently, works have appeared devoted to changes in the parameters of mucosal immunity in patients with purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial area. In particular, A.M. Ahmed (2012) revealed a dissonance in the indicators of nonspecific resistance of the oral cavity in patients with diffuse inflammation, an increased salivatory level of peroxidase against the background of a reduced content of lysozyme, acid and alkaline ribonuclease, while in patients with limited purulent processes, the levels of ribonuclease were determined to be normal.

The significant role of lipid peroxidation (LPO) in the pathogenesis of purulent-inflammatory processes in the maxillofacial area has been proven. One of the reasons for the severe course of acute osteomyelitis, complicated by phlegmon of the maxillofacial area, is the activation of LPO against the background of a decrease in the activity of the antioxidant system. A change in the ratio of biochemical inflammatory factors (pro-oxidants) and antioxidants that regulate the normal course of redox processes characterizes metabolic disorders in wound tissues, which leads to a weakening of repair processes. Intensification of LPO, disruption of the metabolism of microelements due to a decrease in the stock and activity of the antioxidant system cause tissue damage during the phase of purulent inflammation, which determines the severity of the disease [4,9,14,15,17].

Another important component in the development of a purulent-inflammatory process is the microbial factor. In case of infection, a mixed flora is sown from the lesion: 65% anaerobic microorganisms, 35% aerobic. The most frequently identified are obligate gram-negative anaerobes (Bacteroidesspp, Fusobacterißnspp), anaerobic gram-positive bacteria (Peptostreptococcus spp) and facultative anaerobic gram-positive streptococci (Streptococcus milleri). Other infectious agents include Lactobacillus spp, Diphtheroidesspp, Actinomycesspp, Eilinellaspp. Features of the microflora with phlegmon and abscesses were revealed: with phlegmon, mixed flora predominates (78.3%), and aerobes are sown only in 21.7%; in abscesses, only anaerobic microflora is determined in 62.5%; in the remaining observations, associations of aerobes and anaerobes are detected.

It is considered a proven fact that the penetration of pathogens of purulent infection into the tissues of the body does not mean the inevitable occurrence of an infectious-inflammatory process, assessed as a disease. The “clinically significant concentration” of microorganisms, which takes into account intermicrobial associations, localization of the process and tissue resistance, is of decisive importance. The accepted level of “critical concentration” is considered to be 105 colony-forming units per 1 ml of exudate (CFU/ml). However, according to some authors, the quantitative composition of the microflora of a purulent wound of patients with phlegmon depends on the type of inflammatory reaction

of the macroorganism. A number of researchers note that for a purulent complication to occur, the etiologically significant concentration of the pathogen can be no more than 103 CFU/ml.

Yes, G.L. Ter-Asaturov (2005), having morphologically examined soft tissue biopsies with phlegmon, concluded that: 1) inflammatory diseases resulting from exacerbation of chronic periodontitis (abscesses and phlegmon) develop against the background of previous chronic nonspecific inflammation and are a consequence of its exacerbation, and not an independent disease , 2) the occurrence of secondary foci of productive inflammation in chronic periodontitis, as well as the primary result of an immunopathological reaction. Damage to nonspecific and specific protective factors is considered possible conditions for its occurrence [3,5,12,17,18].

The severity of the general condition of the patient with extensive localization of the inflammatory process is determined by the high intoxication of the body, while the danger of phlegmon of the maxillofacial area is determined by both the proximity of vital formations and the anatomical and topographical features of this area, which contribute to the spread of the inflammatory process. In this case, the mediastinum, orbit, and sinuses of the dura mater are affected.

If, with an abscess, tissue compaction is observed, which is accompanied by swelling of the face and neck and, if the purulent process is located in the pterygomandibular and peripharyngeal spaces, in the cripopalatine and infratemporal fossae, then one can often observe a symptom of fluctuation, which arises as a result of the presence of pus enclosed in the cavity with elastic walls, which transmits shocks from one wall to all directions [4,12,13].

A feature of an abscess as a purulent process is the presence of a pyogenic membrane - the inner wall of an abscess lined with granulation tissue, therefore clinical symptoms of intoxication may be absent or mildly expressed. Moreover, the ability of the surrounding soft tissues to create a granulation shaft is a normal protective reaction of the body, aimed at isolating a purulent lesion, but if the process is not treated, then diffuse purulent inflammation develops - phlegmon, which can be located under the skin, mucous membrane, between muscles and fascia. The threat of developed phlegmon of the maxillofacial area is a high degree of intoxication, affecting the functioning of the body's systems, as well as the development of severe and dangerous complications, such as sepsis, toxic-infectious shock, septic meningoencephalitis, brain abscess, thrombosis of cerebral vessels, septic endomyocarditis. Depending on the ratio of the main components of the inflammatory reaction, phlegmon with a predominance of exudation (serous, purulent) and phlegmon with a predominance of alteration (purulent-necrotic) are distinguished. The first type is characterized by pronounced swelling of the tissue with diffuse infiltration of leukocytes; in addition, in the affected tissue there are multiple areas of tissue necrosis with signs of purulent melting. There is no clear demarcation zone for the spread of the infectious process. With purulent-necrotic phlegmon, the leading picture of inflammation is necrotic changes in the form of confluent areas of necrosis of fiber, fascia and sometimes adjacent muscles. There are multiple areas of hemorrhage; severe swelling is accompanied by moderate cellular infiltration. The course and outcome of purulent inflammatory diseases largely depend on the immunological reactivity of the patient's body. The clinical course of maxillofacial phlegmon can be different in the severity of inflammation symptoms: hyperactive (with the development of severe local and general manifestations), moderately active, hyporeactive (long-term, sluggish, without significant general and local manifestations). The likelihood of an infectious-inflammatory process depends on the virulence of the pathogen (pathogenic properties of microorganisms and their quantity), as well as on the state of the nonspecific antimicrobial resistance system and the level of immunological reactivity of the macroorganism. A number of lysosomal enzymes are released from damaged cells: proteolytic, glycolytic, lipolytic. These enzymes, in turn, damage cell membranes and such structural components of connective tissue

as collagen, proteoglycans, and glycose glycans [5,8,9,14].

It is known that the development and outcome of infection is influenced by the state of the body's immunological reactivity. The features of immunological phenomena that arise with the participation of resident microflora activated in the pathological focus remain poorly understood. Microbiological and immunological changes are in constant interaction. The first line of defense is the phagocytic function of neutrophils. The index of digestion of the bacterial agent indicated the disorder itself in neutrophils in the majority of patients with abscesses and phlegmons of the maxillofacial area. At the same time, the phagocytosis completion index was absent in more than 80% of those examined. Consequently, phlegmon develops against the background of insufficiency or dysfunction in humoral and cellular factors of immunological indicators.

According to various authors, sources of infection in the maxillofacial area can be:

1. Foci of acute, chronic apical, or marginal periodontitis, odontogenic periodontitis and periostitis of the jaws.

2. Acute or chronic diseases of the oral mucosa

3. Acute sinusitis, sinusitis, frontal sinusitis

4. Acute mumps, tonsillitis, adenoid diseases

5. Acute otitis, perichondritis, mestympanitis, epitympanitis.

6. Boils, carbuncles, erysipelas Most authors note that in different categories of patients, phlegmon occurs differently. Some patients may experience a violent reaction spreading to surrounding tissues and the vascular system with the formation of thrombosis, diffuse edema, involvement of lymph nodes in the process and the development of severe general intoxication, which can lead to death.

Here we are talking about a hyperergic reaction.

In another category of patients, the process may proceed more slowly, the general reaction of the body is expressed in a slight increase in temperature, changes in the composition of peripheral blood have an adequate character. Having carried out a comparative analysis of the inoculation of microbial cultures in abscesses and phlegmons, many authors note that in abscesses aerobic (94.5%), anaerobic (5.5%), monocultures are more common (92.7%) than their associations (.3%). Among aerobes, the most common are Staphylococcus aureus (52.9%), epidermal (19.7%), staphylococcus, less commonly streptococcus (11.8%), intestinal (5.9%), Pseudomonas aeruginosa (5.9%), Proteus (3. 8%). Gram-negative anaerobes (Veilloella, Bacteroides) were found only in associative relationships with aerobic microbes. With phlegmon, the inoculation rate of microbes was slightly different from that in abscesses, since not only aerobes (78.8%) were found, but also anaerobes (21.2%). Microorganisms were found both in monoculture (67.5%) and in associations (32.5%). Moreover, if in monoculture there were 56.7% aerobes, 8.8% anaerobes, then in associations there were 20.0% aerobes, 2.5% anaerobes, 10.0% aerobes and anaerobes). Aerobes were represented by Staphylococcus aureus and Staphylococcus epidermidis, Escherichia coli, hemolytic streptococcus, Enterococcus, Proteus and Diplococcus. Among the anaerobes there were gram-negative (veillonella, bacteroides:) and gram-positive (peptostreptococci and eubacteria). In monoculture, Staphylococcus aureus and Staphylococcus epidermidis, Veillonella, Peptostreptococcus and Eubacteria are sown [4,7,16,18].

Determination of antibiotic sensitivity showed that monocultures of staphylococci sown in patients with limited inflammatory diseases of soft tissues exhibit sensitivity to most of their studied antibiotics.

Thus, the cause of the development of abscesses and phlegmons in childhood are staphylococci and streptococci. The mechanism for the emergence of acute abscesses and phlegmons consists of modified macrophages, T-, B-cells of the immune system.

References

1. Александров С.С. Динамика изменений показателей неспецифической реактивности у больных при лечении одонтогенных воспалительных процессов // Стоматология. – 2019. – №3. – С. 38-41.

2. Бажанов Н.Н. Пути совершенствования методов лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области // Вести. РАМН. – 2015. – №10. – С. 32-37.

3. Бегиев М. Комплексное лечение больных с флегмонами челюстно-лицевой области: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2019.

4. Виберман Я.М., Стародубцев В.С., Литовкина Т.М. Изменения состава и свойств микрофлоры при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2016. – №1.1. – С. 34 35.

5. Геворкян О.В. Значение опсоно-фагоцитарных реакций организма в выборе тактики лечения одонтогенных остеомиелитов, осложненных флегмонами: Дис. … канд. мед. наук. – Казань, 2018.

6. Глинник А.В. Микробиологическая характеристика одонтогенных гнойных очагов челюстно-лицевой области // Актуальные проблемы стоматологии. – Минск, 2015. – С. 50 51.

7. Гостищев В.К., Толстых И., Гамалея Л.А. и др. Динамика микрофлоры гнойных ран при энзимотерапии // Сов. мед. – 2015. – №9. – С. 52-56.

8. Жданова Л.П., Олейник И.И., Робустова Т.Г. Клинико-бактериологическая характеристика флегмон челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2017. – №5. – С. 39 42.

9. Захаров Ю.С. Клиника и хирургическая тактика при бактероидных инфекциях челюстно-лицевой области // Стоматология. – 2017. – №3. – С. 43 45.

10. Иващенко Н.И. Анаэробная инфекция лица и шеи // Стоматология. – 2015. – №3. – С. 45 46.

11. Ивченко В.И. Анаэробная неспорообразующая инфекция в хирургии (Обзор литературы) // Вести. хир. им. Грекова. – 2012. – №7. – С. 131-137.

12. Израилов В.А. Особенности диагностики воспалительных процессов околочелюстных мягких тканей // Стоматология. – 2018. – №3. – С. 34-36.

13. Ковалева З.И. Микрофлора при одонтогенных флегмонах и ее чувствительность к антибиотикам // Стоматология. – 2019. – №6. – С. 78-79.

14. Колодкин А.В. Микрофлора при околочелюстных флегмонах и чувствительность ее к антибиотикам // Стоматология. – 2017. – №2. – С. 86-87.

15. Левенец А.А., Шувалов С.М., Каргер АД., Маручина Т.Л. Комплексное лечение больных одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области // Реабилитация больных с основными стоматологическими заболеваниями. – Иркутск, 2015. – С. 76 78.

16. Aderhold I., Khnate H., Frencel G. The bacteriology of dentkgenous pyogenic infection // Oral. Surg. – 2019. – Vol. 5. – P. 103-109.

17. Galbraith M.N., Hom D.N.S. Insect Moultin. honnones: cmstecdysone (20 hydroxyecdusone) from Podocarpuselatus // Australian J. Chem. – 2019. – №5. – P. 1045-1057.

18. Sanders B. Cunent concepts in the management of osteomyelitis of the mandiЬIe // J. Oral. Med. – 2018. – Vol. 33, №2. – P. 40-42.

Аннотация. Анализ литературы, посвященной проблемам лечения инфекции челюстно-лицевой области у детей, показал, что необходимо дальнейшее изучение и разработка новых способов прогнозирования характера течения и повышения эффективности лечения. Сформулировано представление о этиологии и патогенезе гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей, необходимости разработки новых лечебных мероприятий по борьбе с гнойными заболеваниями у детей.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания, челюстно-лицевая область, этиология, патогенез.

Annotatsiyasi. Bolalarda maxillofasiyal infektsiyalarni davolash muammolariga bag‘ishlangan adabiyotlarni tahlil qilish shuni ko‘rsatdiki, kursning tabiatini bashorat qilish va davolash samaradorligini oshirishning yangi usullarini yanada o‘rganish va ishlab chiqish zarur. Bolalarda jag‘-jag‘ sohasining yiringli-yallig‘lanish kasalliklarining etiologiyasi va patogenezi, bolalarda yiringli kasalliklarga qarshi kurashning yangi terapevtik chora-

tadbirlarini ishlab chiqish zarurligi haqida fikr shakllantirildi.

Kalit so‘zlar: yiringli-yallig‘lanish kasalliklari, yuz-jag‘ sohasi, etiologiyasi, patogenezi.

Summary. An analysis of the literature devoted to the problems of treating infections of the maxillofacial area in children has shown that further study and development of new ways to predict the nature of the course and improve the effectiveness of treatment are necessary. An idea has been formulated about the etiology and pathogenesis of purulent-inflammatory diseases of the maxillofacial area in children, the need to develop new therapeutic measures to combat purulent diseases in children.

Key words: purulent-inflammatory diseases, maxillofacial area, etiology, pathogenesis.

УДК: 616.315/.317-007.254-089.844-053]-003.9:616.089.23

РАННЕЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ДВУСТОРОННЕЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА




Икрамов Г.А., Халманов Б.А., Бобоназаров Н.Х.
Ташкентский государственный стоматологический институт

Дети с расщелиной губы и неба (РГН) нуждаются в комплексном лечении с участием педиатра, ортодонта, челюстно-лицевого хирурга, отоларинголога, логопеда, врача-генетика и других специалистов [2,5,6,9,14,16].

В последние годы накоплен большой опыт по совершенствованию методов хирургического лечения РГН, разработаны новые виды операций, изменен подход к возрастным показаниям к лечению, усовершенствована ортодонтическая помощь, развивается и внедряется медико-генетическое обследование (Старикова Н.Б.). Возросли значение и роль психолого-педагогической работы с семьями, имеющими детей с врожденной расщелиной. Однако, как отмечают некоторые авторы, эти работы освещают в основном положительный опыт по сказанию помощи таким детям [1,10].

Анализ результатов клинического и рентгенологического обследования больных разных возрастных групп выявил наиболее характерные нарушения роста лицевого черепа для каждой из этих групп (Катасонова Е.С., 2012). Считают, что поэтапный комплексный подход и своевременное прогнозирование роста и возможных деформаций лицевого скелета позволяют выработать определенный алгоритм действий врача-ортодонта на различных этапах реабилитации больных.

Двусторонняя расщелина верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба является наиболее сложной из всех врожденных пороков челюстно-лицевой области (ЧЛО). Для двусторонней РГН характерны разделение верхнечелюстной дуги на три сегмента: межчелюстная кость и два фрагмента челюсти (правый, левый). Кроме того, имеет место анатомический дефект твердого и мягкого неба на всем протяжении, разобщение круговой мышцы рта, недоразвитие центрального фрагмента верхней губы, врожденное укорочение или отсутствие кожной части перегородки носа, различная степень протрузии межчелюстной кости

и недоразвитие верхней челюсти в целом. Клиническая картина полной двусторонней расщелины верхней губы и неба во многом зависит от положения межчелюстной кости и сошника. В некоторых случаях сошник срастается с небными отростками верхней челюсти, в переднем отделе к нему примыкает межчелюстная кость, соединяющаяся с боковыми фрагментами альвеолярного отростка верхней челюсти, а в заднем отделе – с небным отростком. В тех случаях, когда этот процесс нарушается, сошник и межчелюстная кость остаются свободно расположенными между небными и альвеолярными отростками: формируется двусторонняя расщелина [15,17,20].

На основании патологоанатомического исследования черепов умерших новорожденных с РГН авторы представили сведения о строении верхней челюсти, подтверждающие клинические наблюдения, которые показали, что его деформации не ограничиваются изменениями лишь альвеолярного отростка верхней челюсти [5]. Верхнечелюстная кость у детей с РГН уменьшена в размерах во всех (сагиттальной, трансверсальной и вертикальной) плоскостях. Уменьшены в размерах и деформированы также скуловые кости, изменена форма глазниц, свода мозгового черепа. Боковые фрагменты альвеолярного отростка в 80% случаев смещены мезиально.

РГН сопровождается нарушением не только анатомической формы лица новорождённого – нарушаются функции дыхания и сосания. Наблюдаемые нарушения проходимости воздухоносных путей снимают силу дыхательной мускулатуры, уменьшают экскурсию грудной клетки, что становится причиной заболеваний верхних дыхательных путей, дети чаще болеют бронхитами, пневмонией [11,14].

При полной двусторонней РВГ возникают трудности при вскармливании из-за невозможности грудного кормления, частых срыгиваний через нос, вследствие чего происходит потеря массы тела ребенка. Попадание пищи в дыхательные путы создает риск развития аспирационной пневмонии.

Таким образом, исходные данные деформации лицевого скелета у больных с РГН складываются в основном из врожденного недоразвития и анатомического дефекта тканей, прилежащих к расщелине. Вторичные деформации верхней челюсти и других лицевых костей, вызванных дисфункцией мышц, окружающих анатомически измененную верхнюю челюсть, оказывают существенное влияние на планирование лечения такого пациента с периода новорожденности [12,13].

Дети, родившиеся с полной двусторонней расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба, нуждаются в оказании неотложной медицинской помощи с целью нормализации условий вскармливания, предотвращения процесса увеличения размеров врожденного дефекта, прогрессирования вторичных деформаций челюстных костей, создания необходимых условий для проведения хейлопластики в раннем возрасте [3,4,7]. Доказано, что раннее разобщение полостей рта и носа обеспечивает естественное вскармливание ребенка, так как в эти часы у него уже развит сосательный рефлекс. Налаживание кормления ребенка способствует его росту и развитию. Некоторые авторы с недоверием относились к применению обтураторов, опасаясь свободного положения в краях расщелины, рекомендуя применять их после окончания формирования временного прикуса [8,18,19].

Т.В. Шарова и соавт. (1985) доказали, что обтуратор, погруженный в глубину расщелины, своими боковыми отделами оказывает давление на свободные края небных отростков, является механической распоркой, которая сдерживает рост небных отростков верхней челюсти и изменяет их топографию, отдавливая свободные края их в полость носа. Тем не менее, несмотря на противоречивые взгляды на применение плавающего обтуратора, до наших дней в практике применяются различные его модификации [21,22].

В настоящее время в нашей стране и за рубежом накоплен значительный опыт оперативного лечения расщелины губы в ранние сроки. Анализ отдаленных результатов показывает, что хейлопластика, проведенная сразу же после рождения ребенка, при неблагопри-

ятном соотношении фрагментов верхней челюсти, без предварительной ортодонтической подготовки приводит к развитию деформации как зубо-альвеолярной дуги (сужение верхней челюсти), так и к развитию вторичных рубцовых изменений на восстановленной верхней губе. Протрузия межчелюстной кости создает трудности при выполнении хейлопластики у больных с двусторонней РГН, оказывает отрицательное влияние на результаты операции. При врожденной двусторонней расщелине верхней губы и неба боковые фрагменты блокируются межчелюстной костью, что приводит к еще большему сужению и недоразвитию.

Как известно, после проведения первичной хейлопластики под действием давления восстановленной верхней губы боковые фрагменты альвеолярного отростка смещаются к центру, при этом межчелюстная кость остается выдвинутой вперед. Положение межчелюстной кости в состоянии протрузии при давлении боковых фрагментов с обеих сторон затрудняет их ортодонтическое перемещение. Мнение, что восстановление круговой мышцы рта оказывает давление на межчелюстную кость, оказалось несостоятельным. А заживление тканей в условиях выраженного натяжения тканей сопровождается их локальной гипоксией, создавая при этом угрозу расхождения послеоперационной раны и патологического рубцевания тканей. Во избежание этих осложнений при устранении двусторонней расщелины верхней губы некоторые хирурги производят резекцию межчелюстной кости, хотя большинство специалистов с этим не согласны [16,21].

Установлено, что в области шва между сошником и межчелюстной костью находится центр ее роста, который регулирует развитие верхней челюсти в сагиттальной плоскости. В случае травматического повреждения центра потенциального роста прекращается рост альвеолярных отростков кпереди, межчелюстная кость атрофируется, смещается орально, впоследствии формируется недоразвитие всей средней зоны лица.

С целью сохранения межчелюстной кости применяют разные методы вправления (перемещения) ее в альвеолярную дугу, например, такую как вертикальная или косая остеотомия сошника и рассечение хрящевой пасти перегородки носа. Однако проведение таких операций сопровождается значительной кровопотерей при отсутствии выраженного положительного результата. Впоследствии подвижность межчелюстной кости сохраняется, несмотря на все попытки устранить ее путем фиксации межчелюстной кости к сошнику и передним отделам боковых фрагментов верхней челюсти проволочной лигатурой, синтетической нитью, металлическими штифтами.

Несмотря на такую сложную фиксацию, межчелюстная кость остается подвижной, атрофируется, нарушается функции откусывания и речеобразования, появляются значительные дефекты верхнего зубного ряда и альвеолярного отростка.

Необходимость раннего предоперационного ортодонтического лечения деформации верхней челюсти у детей с РГН в период новорожденности первым обосновал C.K. McNeil (1950, 1954). Автор предлагал начинать ортодонтическое лечение сразу после рождения и завершать его к шести месяцам жизни ребенка. После завершения ортодонтического лечения проводилась первичная хейлопластика, осуществлялось постоянное наблюдение врача-ортодонта до формирования постоянное прикуса. В 1957 г. автором описан метод аппаратного лечения детей с двусторонней РГН до первичной хейлопластики, которое было направлено на вправление межчелюстной кости с последующим удержанием ее в новом положении. C.K. McNeil рекомендовал применять данную аппаратуру, когда потенциал остеогенеза очень высокий. Он первым высказал идею об ортодонтическом воздействии на фрагменты верхней челюсти с целью стимуляции их роста, коррекции положения небных отростков и уменьшения размеров дефекта. Двусторонней РГН первичной пластике верхней губы предшествовало хирургическое вправление межчелюстной кости с последующие удержанием ее в новом положении. Метод нашел широкое применение за рубежом. Его стали применять

многие специалисты в различных клиниках. Все они отмечали положительные стороны раннего ортодонтического лечения при врожденных пороках развития губы и неба [22]. Для дооперационного внеротового ортодонтического лечения широкой формы РГН применяли эластичные резиновые полосы, которые, по мнению авторов, воспроизводят аналогичные усилия нормальной круговой мышцы рта.

По их данным, эластичное давление на межчелюстную кость нормализует положение межчелюстной кости, сужает ширину расщелины альвеолярного отростка. Однако этот метод не устранял протрузию межчелюстной кости при смещении боковых фрагментов мезиально.

Многие специалисты рекомендуют начинать исправление деформаций челюстей у детей с РГН как можно раньше, в период роста и развития всех элементов верхней челюсти. Чем раньше предпринято ортодонтическое лечение, тем оно эффективнее и, следовательно, лучше функциональные и эстетические результаты [20]. Такая возможность обусловлена имеющимся у ребенка потенциалом роста челюстных костей. Кроме того, при применении ортодонтических аппаратов в раннем возрасте легче достигается равновесие в действии губ, щек, языка, жевательной и мимической мускулатуры рта.

Н.В. Старикова показала, что под воздействием присасывающих толчкообразных движений языка в момент сосания соски последняя оттесняет вверх и в стороны небные отростки, меняя положение небных отростков из горизонтального в вертикальное. Боковые фрагменты альвеолярного отростка смещаются дистально, межчелюстная кость выталкивается вперед, благодаря чему увеличиваются размеры врожденного анатомического дефекта. Отрицательное влияние на положение небных отростков и фрагментов альвеолярного отростка оказывает необычное давление воздушного потока вследствие нарушения носового дыхания.

Специализированная помощь оказывалась с первого дня жизни новорожденного посредством применения преформированной стандартизированной пластинки. В возрасте одного месяца ребенку изготавливали аппарат для вправления межчелюстной кости, который представлял собой монолитную пластинку, несущую в себе многозвеньевую конструкцию для переднего отдела верхней челюсти. Аппарат обеспечивал целенаправленный рост лицевого скелета. Вначале выводилась межчелюстная костъ на ось симметрии, затем для вправления межчелюстной кости использовалась наружная повязка. Репозиция межчелюстной кости достигалась за период лечения от 25 дней до 6-8 месяцев. Отмечено, что чем раньше было начато лечение, тем быстрее удавалось достичь репозиции межчелюстной кости. Недостатками этого метода являлись использование стандартизированных аппаратов, не позволяющих учитывать индивидуальные особенности деформации челюсти у конкретного ребенка, а также необходимость изготовления большого количества аппаратов, которые могли быть не востребованы.

Ряд авторов предлагали раннее ортодонтическое лечение проводить для сближения альвеолярных отростков за счет их естественного роста в заданном врачом направлении. Для этого изготавливали аппарат с обтурирующей частью и винтом, межчелюстная кость покрывалась каппой, соединенной с частями аппарата проволочной дугой. При активации винта дуга натягивалась, репозиция межчелюстной кости, кроме того, дополнительно использовалась внеротовая давящая повязка. Продолжительность лечения 4-8 месяцев, что зависело от возраста и общего состояния ребенка.

Анализируя опыт раннего ортодонтического лечения, можно сделать вывод, что применение съемных внутриротовых аппаратов обеспечивает разобщение носовой и роковой полостей, нормализует вскармливание. В процессе лечения создается оптимальное соотношение фрагментов верхней челюсти для проведения первичной хейлопластики. Продолжительность лечения – в среднем 4 месяца, но иногда этот срок увеличивается в зависимости от тяжести деформации верхней челюсти, возраста ребенка на момент начала

лечения, выполнения родителями рекомендаций врача и т.д.

Однако такой подход имеет и недостатки. Это недостаточно хорошая фиксация аппарата, частая замена аппарата, частые коррекции его базиса. Опыт использования дополнительных внеротовых фиксирующих приспособлений свидетельствует о том, что они также не обеспечивали достаточной фиксации внутриротовых аппаратов и, кроме того, возможны травматические повреждения слизистой оболочки полости рта у детей, увеличение сроков устранения деформации.

Описан метод устранения деформации верхней челюсти до первичной хейлопластики у детей с полной двусторонней расщелиной губы и неба при помощи несъемного внутриротового аппарата [13]. При этом используются спицы Киршнера, которые проводятся через щеку под местной анестезией в дистальную зону верхней челюсти кзади от дентальных фолликулов. Передняя спица вводится с помощью ручной дрели через вестибулярную поверхность межчелюстной кости в области апикального базиса. Затем врезается дополнительная спица Киршнера, обеспечивающая дополнительную фиксацию. Спицы прокладываются в щечных бороздках так, что их свободные концы преформируются в крючки для резиновой тяги. К этой точке фиксируются резиновые тяга, и осуществляется движение в сагиттальной плоскости – назад или вдоль щечной поверхности, в зависимости от типа расщелины. Одновременно осуществляется расширение латеральных фрагментов.

Этот аппарат с внутрикостной фиксацией впервые применен как несъемный динамический ортодонтический аппарат для устранения деформаций верхней челюсти. Однако аппарат N.G. Georgiade не нашел широкого применения в ортодонтической практике из-за громоздких размеров, несовершенной анестезиологии, снижения эластичности резиновых тяг.

В 1980-1999 гг. D.R. Millard и R.A. Latham представили подробное описание модифицированного динамического аппарата и результаты лечения детей с полной двусторонней расщелиной губы и неба. Они объясняли смещение крыльев носа кзади ретроположением боковых фрагментов альвеолярного отростка верхней челюсти. Аппарат состоял из пластмассовых капп, наложенных на боковые фрагменты альвеолярного отростка верхней челюсти и соединенных между собой динамическим устройством. Каппы фиксируются к альвеолярному отростку при помощи внутрикостных стержней. Планирование введения стержней осуществляется в условиях зуботехнической лаборатории на гипсовых моделях челюстей. Замковая часть стержней погружается в базис аппарата. Наложение аппарата осуществляется под интубационным наркозом в условиях операционной. Через межчелюстную кость проводится металлическая булавка, которая соединяется эластичной резиновой цепочкой к основанию базиса. При расширении боковых фрагментов цепочка натягивается, осуществляя ретрузию межчелюстной кости. Срок лечения – в среднем 3 недели.

Несъемный аппарат имеет свои преимущества в недостатки. Преимуществом является надежная фиксация, быстрое достижение результата, одновременное устранение деформации челюсти во всех плоскостях (сагиттальной, трансверзальной и вертикальной), отсутствие вспомогательных внеротовых элементов. Однако здесь есть опасность повреждения зачатков постоянных зубов, а в некоторых случаях возможно присоединение вторичной инфекции и отторжение винтов.

Таким образом, раннее ортодонтическое лечение детей с врожденной двусторонней расщелиной верхней губы и неба остается актуальной проблемой. Раннее ортодонтическое лечение с использованием несъемных аппаратов у этой группы больных мало освещено в литературе, не решен вопрос об оптимальном возрастном периоде для проведения этого вида лечения. Отсутствует информативный комплекс диагностических мероприятий. Разноречивы мнения о преимуществах и недостатках этого метода. Требуют уточнения некоторые детали самого метода конструктивных особенностях аппарата. Отсутствуют показания к применению тот или иного вида

ортодонтического лечения в зависимости от степени, тяжести и формы имеющейся деформации и выбора тактики подготовки пациента к первичному хирургическому лечению.

Литература

1. Абдурахмонов А.З., Субханов С.С., Постников М.А. и др. Комбинированные мероприятия и реабилитация больных с односторонней расщелиной губы и нёба до и после хирургического вмешательства // Реабилитация, врач и здоровье: Вестн. мед. ин-та. – 2018. – №3. – С. 97-106.

2. Аманулаев Р.А., Икрамов Г.А., Насриддинов Ж.Х., Хатамов У.А. Клинико-микробиологическая характеристика полости рта у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба до и после уранопластики // Stomatologiya. – 2020. – №l (78). – С. 48-50.

3. Касимовская Н.А., Шатова Е.А. Врождённая расщелина губы и нёба у детей: распространённость в России и в мире, группы факторов риска // Вопр. соврем. педиатр. – 2020. – №19 (2). – С. 142-145.

4. Мамедов А.А., Макленнан А.Б., Рябкова М.Г. и др. Междисциплинарный подход к лечению детей с расщелиной губы и нёба в периоде новорождённости // Системная интеграция в здравоохранении. – 2017. – №2. – С. 52-59.

5. Негаметзянов Н.Г. Экологические факторы различных регионов Республики Казахстан и их влияние на заболеваемость врождённой расщелиной верхней губы и нёба // Стоматол. детского возраста и проф. – 2012. – Т. 11, №1. – С. 21-28.

6. Супиев Т.К., Мамедов Ад.А., Негаметзянов Н.Г. Врожденная расщелина верхней губы и неба. – Алматы, 2013. – 496 с.

7. Федотов Р.Н. Планирование и тактика ортогнатического хирургического лечения пациентов после хейло- и уранопластики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 25 с.

8. Фоменко И.В., Касаткина А.Л., Тимаков И.Е. и др. Эпидемиологические аспекты врожденных пороков челюстно-лицевой области у детей Волгоградской области за 2010-2016 годы // Стоматол. детского возраста и проф. – 2018. – Т. 17, №3. – С. 58-61.

9. Шоничева Ю.А. Предхирургическое ортодонтическое лечение детей первого года жизни с расщелиной верхней губы и нёба: Материалы конф. – М., 2010. – С. 24-25.

10. Шоничева ЮА. Предоперационное ортодонтическое лечение детей первого года жизни с расщелиной верхней губы и нёба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 24 с.

11. Adali N., Mars M., Petrie A. et al. Presurgical orhodontics has по affect оп archform in unilareral cleft lip and palate // Cleft Palate Craniofac. J. – 2012. – Vol. 49. – P. 7-13.

12. Dreise M., Galiwango G., Hodges A. Incidence of Cleft lip and palate in Uganda // Cleft Palate Craniofac. J. – 2011. – 48(№2). P.156-160.

13. Felton M., Lee J.W., Balumuka D.D., Arneja J.S., Chadha N.K. Early placement of ventilation tubes in infants with cleft lip and palate: A systematic review // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2018. – Vol. 158, №3. – P. 459-464.

14. Flinn W., Long R.E., Garattini G., Semb G. A mulй center outcomes assessment of five-year-old patients with unilateral cleft lip and palate // Cleft Palate Craniofac. J. – 2006. – Vol. 43. – P. 253-258.

15. Hong M., Baek S.H. Differences in the alignment pattern of the maxillary dental arch following fixed orthodontic treatment in patients with bilateral cleft lip and palate: Anteroposterior-collapsed arch versus transverse-collapsed arch // J. Craniofac. Surg. – 2017. – Vol. 29, №2. – P. 440-444.

16. Joos U. Cleft lip, alveolus and palate: Defect or dislocation malformation? Importance of adopting a physiological concept for surgical repair in achieving optimal outcomes in LMICs. Part 2 // Integration of physiological growth considerations into a surgical concept. – 2021. – Vol. 76. – P. 810816.

17. Kang S.H., Lee J.W., Lim S.H. et al. Dental image replacement оп cone beam computed tomography with three-dimensional optical scanning of a dental cast, occlusal bite,

or bite tray impression // Int. J. Oral. Maxillofac. Sшg. – 2014. – Vol. 43. – P. 1293-3014.

18. Latief B.S., Lekkas K.C., Schols J.H. et al. Width and elevtion of the palatal shelves in unoperated unilateral and bilateral cleft lip and palate patients in the permanent denttion // J. Anat. – 2012. – Vol. 220, №3. – P. 263-270.

19. Millard D.R., Latham R. et al. Cleft lip and palate treated by presurgical orhodontics, gingivoperiosteoplasty, and lipadhesion (POPLA) compared with previous lipadhesion method a preliminary study of serial dental casts // Plast. Reconstr. Surg. – 2022. – Vol. 103. – P. 1630-1644.

20. Nadtochij A., Starikova N., Safronova U. et al. Position and Function of the tongue in children with cleft lip and Palate // XX congress of Evropean association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery-2010. – Belgium, Bruges. – Abst. 6. – P. 420-421.

21. Reiser E., Skoog V., Gerdin B., Andlin-Sobocki A. Association Between Clefi Size and Crossbite in Children With Cleft Palate and Unilateral Cleft Lip and Palate // Cleft Palate Craniofac. J. – 2010. – Vol. 47. – P. 175-181.

22. Suri S., Disthaporn S., Atenafu E.G., Fisher D.M. Presurgical Presentation of Columellar Features, Nostril Anatomy, and Alveolar Alignment in Bilateral Cleft Lip and Palate Afier Infant Orhodontics With and Without Nasoalveolar Molding // Cleft Palate Craniofac. J. – 2012. – Vol. 49, №3. – P. 314-324.

Аннотация. Раннее ортодонтическое лечение с использованием несъемных аппаратов у больных с врожденной двусторонней расщелиной верхней губы и неба мало освещено в литературе, не решен вопрос об оптимальном возрастном периоде для проведения этого вида лечения. Отсутствует информативный комплекс диагностических мероприятий. Разноречивы мнения о преимуществах и недостатках этого метода. В то же время необходимо уточнение некоторых деталей самого метода и конструктивных особенностей аппарата, а также разработка показаний к применению того или иного вида ортодонтического лечения в зависимости от степени, тяжести и формы имеющейся деформации и выбора тактики подготовки пациента к первичному хирургическому лечению.

Ключевые слова: двусторонняя расщелина верхней губы и неба, ортодонтическое лечение.

Annotatsiyasi. Tug‘ma ikki tomonlama lab va tanglay yorig‘i bo‘lgan bemorlarda qo‘zg‘almas asboblardan foydalangan holda erta ortodontik davolash adabiyotda kam yoritilgan va ushbu turdagi davolanish uchun optimal yosh davri masalasi hal etilmagan. Diagnostik tadbirlarning informatsion majmuasi yo‘q. Ushbu usulning afzalliklari va kamchiliklari haqida qarama-qarshi fikrlar mavjud. Shu bilan birga, usulning o‘zi va qurilmaning dizayn xususiyatlarining ba’zi tafsilotlarini aniqlab olish, shuningdek, darajasi, zo‘ravonligi va shakliga qarab, u yoki bu turdagi ortodontik davolanishni qo‘llash bo‘yicha ko‘rsatmalarni ishlab chiqish kerak. mavjud deformatsiya va bemorni birlamchi jarrohlik davolashga tayyorlash taktikasini tanlash.

Kalit so‘zlar: ikki tomonlama lab va tanglay yorig‘i, ortodontik davolash.

Summary. Early orthodontic treatment using fixed appliances in patients with congenital bilateral cleft lip and palate is poorly covered in the literature, and the question of the optimal age period for this type of treatment has not been resolved. There is no informative set of diagnostic measures. There are conflicting opinions about the advantages and disadvantages of this method. At the same time, it is necessary to clarify some details of the method itself and the design features of the device, as well as to develop indications for the use of one or another type of orthodontic treatment, depending on the degree, severity and shape of the existing deformity and the choice of tactics for preparing the patient for primary surgical treatment.

Key words: bilateral cleft of the upper lip and palate, orthodontic treatment.

Проблемы смежных специальностей УДК: 616.315-007.254-616-053.3-649-07-614.254.3

TANGLAY TUG‘MA KEMTIKLI BOLALARNI OLIB BORISH





Maxkamova N.E., Nabieva D.M., Baltaboev O.K.
Toshkent Davlat stomatologiya instituti

Insonning tug‘ma nuqsonlari (TN) ko‘p yillar davomida muammosi dolzarbligicha qolmoqda. Adabiyotlarga ko‘ra, barcha tug‘ilgan chaqaloqlarning 1 dan 12 foizigacha tug‘ma nuqsonli tug‘iladi [3]. Bolalardagi yuz jag‘ nuqsonlarning 90% yuqori lab va tanglay tug‘ma kemtigiga (LTTK) to‘g‘ri keladi. TTK bilan kasallangan bolaning faol monitoringini tug‘ilgan paytdan boshlash zarur. Aniq anatomik, funksional, kosmetik muammolarni, shuningdek, birga keladigan patologiyaning mavjudligini hisobga olgan holda, turli mutaxassislar – yuz jag‘ jarrohi, otorinolaringolog, ortodont stomatolog, pediatr, logoped tomonidan dinamik kuzatuv va davolash kerak. Faqatgina turli profildagi shifokorlarning birgalikdagi sa’y-harakatlari bunday bolalarni davolashda yaxshi natijalar berishi mumkin. TTKli bolaning psixosocial rivojlanishini shakllantirishda juda muhim rol prenatal davrda ularning ota-onalari bilan ishlashni boshlaydigan nevropsixiatrga beriladi. Ammo bunday yangi tug‘ilgan chaqaloqqa duch keladigan birinchi odam neonatolog va pediatr bo‘lib, uning vazifasi bunday bemorlarning xususiyatlarini hisobga olgan holda uning holatini to‘g‘ri baholash va uni tezda tibbiy mutaxassislarga yuborishdir. Ko‘pincha TTK turli xil tug‘ma sindromlarning (Pierre – Robin sindromi, Korneliya – DeLange sindromi, Goldenhar sindromi, Van der Vud sindromi va boshqalar) simptomlar majmuasining bir qismidir. Shuning uchun yuqorida ko‘rsatilgan sindromli bolalarni rejalashtirilgan jarrohlik aralashuvga tayyorlashda, genetik va pediatrning birgalikdagi ishi operatsiyadan keyingi davrda bolalarni muvaffaqiyatli reabilitatsiya qilishning kalitidir. TTKli bolalar rivojlanishining o‘ziga xos xususiyati burun va og‘iz bo‘shliqlari o‘rtasida keng aloqaning mavjudligi bo‘lib, bu emish paytida manfiy og‘iz ichidagi bosimni yaratishga imkon bermaydi, bu esa ovqatlanishni qiyinlashtiradi. Shuning uchun, ko‘pchilik bolalar sun’iy oziqlanadilar, bu immunitet tizimining himoya funksiyalarining pasayishiga va ba’zi hollarda temir tanqislik kamqonligi, raxit, ichak disbiyozi va boshqa kasalliklarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin [4]. Xuddi shu sababga ko‘ra, oziqlantirish suyuq ovqatning aspiratsiyasi bilan kuzatiladi, bu esa o‘z navbatda burun bo‘shlig‘ining shilliq qavatining holatiga salbiy ta’sir ko‘rsatadi (vaqt o‘tishi bilan kipriksimon epiteliyaning harakat funksiyasida patologik o‘zgarishlar rivojlanadi). Shuning uchun pediatr va neonatologning dastlabki vazifalaridan biri bunday bolalar uchun etarli ovqatlanishni tashkil etishdir. TTK bilan yangi tug‘ilgan chaqaloqlar va emizikli bolalar uchun moslashtirilgan turli xil so‘rg‘ichlar va qoshiqlar mavjud bo‘lib, ular bemorlarni jarrohlik davolashga tayyorlashda va operatsiyadan keyingi davrda ovqatlanish jarayonini normallashtirish uchun yordam beradi. Yana bir xususiyat - nafas olishning aralash turi - nafas olayotgan havo burun bo‘shlig‘ida to‘xtab turmay, og‘iz bo‘shlig‘iga kiradi, buning natijasida havoning ilitilishi, namlanishi va tozalanishi sodir bo‘lmaydi, bu esa burun bo‘shlig‘i va og‘iz bo‘shlig‘ining himoya funksiyalari [4], shuningdek burun halgum normotsenozining buzilishiga sabab boladi (og‘iz bo‘shlig‘ining gram-manfiy

mikroflorasining ustunligi – S. pneumoniae, Neisseriae spp., E. coli, Kl. pneumoniae, shuningdek, Staph. aureus, Candida spp.). Buning oqibati sog‘lom bolalarga nisbatan yuqori (shu jumladan LOR kasalliklari) va pastki nafas yo‘llarining infektsiyalari ko‘payishidir [5].

Deyarli har doim TTKli bolalarda burun deformatsiyasi mavjud: kemtik tomonida burun qanotining tekislanishi, burun uchining deformatsiyasi va burun to‘sig‘i qiyshayishi [7,11,12]. Bunday bolalarda burun yo‘llarining o‘tkazuvchanligining buzilishi, oziq-ovqatning burun bo‘shlig‘iga kirishi, aralash nafas olishning mavjudligi, kipriksimon epiteliyning harakatlanish funksiyasining buzilishi uzoq davom etadigan rinit, o‘tkir/takrorlanuvchi tonzillit, adenoidit va sinusitning rivojlanishiga olib keladi. O‘z vaqtida va etarli darajada davolanmasa, laringit va bronxitning rivojlanishi bilan nafas yo‘llarining pastki qismlariga tarqaladi. LOR a’zolarining yallig‘lanish patologiyasini davolash, oldini olish uchun dori-darmonlarni tanlashda, ushbu guruhdagi bolalarda mikrofloraning xususiyatlarini e’tiborga olish kerak. TTK bolalarda rekonstruktiv operatsiyalardan so‘ng, katta yoshda burun to‘sig‘i qiyshayishi kuzatiladi, bu esa burun bo‘shlig‘ida va paranasal sinuslarda takroriy yallig‘lanish jarayonlariga olib keladi. Shu munosabat bilan vazomotor yoki gipertrofik rinit rivojlanadi, ba’zi hollarda o‘rta burun chiganoqlarini pnevmatizatsiyasi oshishi kuzatiladi, bu ham uzoq davom etadigan yallig‘lanish jarayoniga sabab bo‘lishi mumkin.

Limfofaringeal halqa qismida ham patologiya qayd etilgan. Ushbu tug‘ma nuqsonli bolalarda tanglay murtagini, kamdan kam holatlada halqum murtagini gipertrofiyasi kuzatiladi. Yuqori nafas yo‘llarining tez-tez qaytalanuvchi yallig‘lanish kasalliklari, surunkali tonzillit va/yoki adenoiditga olib keladi. TTK bilan og‘rigan bolalarda takrorlanuvchi va eksudativ otitlar ham uchraydi, buning natijasida konduktiv garanglik rivojlanadi. Eksudativ otit rivojlanishining sababi eshitish naychasining disfunktsiyasi bo‘lib, u tanglay pardasini tortuvchi (m. tensor veli palatini) va yumshoq tanglayni ko‘taruvchi mushaklairning (m. levator veli palatini) patologik birikishi tufayli yuzaga keladi [8,13].

Ko‘pincha bola tubar disfunktsiyasi bilan tug‘iladi, bu vaqt o‘tishi bilan nog‘ora bo‘shlig‘ida ekssudat to‘planishiga va natijada eshitish qobiliyatini pasayishiga olib keladi. Eksudativ otit simptomsiz o‘tadi, bu kasallikning yagona shikoyati eshitish qobiliyatining pasayishi bo‘lib, ota-onalar / o‘qituvchilar bunga e’tibor bermasliklari mumkin va bolalarning o‘zlari yoshligi sababli shikoyat qilmaydilar. O‘rta quloqning nog‘ora bo‘shlig‘ida uzoq vaqt davomida ekssudat mavjudligi qaytarilmas o‘zgarishlarga va doimiy eshitish qobiliyatining yo‘qolishiga olib keladi, shuning uchun bu kasallikning o‘z vaqtida tashxislash bolaning tuzalish imkoniyatini oshiradi [6,10].

Ushbu nuqsonni jarrohlik yo‘li bilan davolashdan tashqari, ijtimoiy adekvat nutq ham TTKli bolalarning to‘liq reabilitatsiyasiga sezilarli ta’sir ko‘rsatadi [2], u esa tanglay halqum to‘liq yopilishiga bogliq. Shu sababli, bunday anomaliyali bolalarda velofaringeal funktsiyani logopedik mashg‘ulotlaridan oldin, mashg‘ulotlar davomida va keyin o‘rganish kerak. Yuqori jag‘ning ortodontik korrekciyasi va alveolyar yoyini shakllantirmasdan, TTKli bolalarni kompleks reabilitatsiya qilish mumkin emas. Shuning uchun bunday nuqsonli bolalarni stomatolog tomonidan kuzatish, hayotning birinchi kunlaridan boshlanishi kerak [1,9].

Shunday qilib, TTKli bolalarni davolash va reabilitatsiya qilish murakkab va fanlararo muammo bo‘lib, bir qator mutaxassislarning ishtirokini talab qiladi: yuz-jag‘ jarrohi (TTKni jarrohlik yo‘li bilan tuzatish), neonatolog va pediatr (to‘g‘ri ovqatlantirish, turli xil somatik kasalliklarni aniqlash va tuzatish, O‘RVI profilaktikasi, TTKli bolalarni jarrohlik aralashuvga tayyorlash), ortodont stomatolog (tanglay tug‘ma yoriqlarini ortodontik tuzatish, tish tizimining ikkilamchi deformatsiyasi, tishlarni tiklash), otorinolaringolog (burun bo‘shliq, halqum va o‘rta quloq kasalliklarini davolash va oldini olish), logoped va psixolog (bolaning to‘liq ijtimoiy moslashuvi uchun zarur bo‘lgan psixologik reabilitatsiya choralari).

Adabiyotlar

1. Гончаков Г.В., Притыко А.Г., Гончакова С.Г. Хирургическое лечение детей

с врожденными расщелинами верхней губы // Стоматология: Материалы 7-го Всерос. науч. форума. – М., 2005. – С. 7-77.

2. Долгополова Г.В. Раннее ортопедическое лечение в комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и нёба: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2005.

3. Матвеев К.А. Особенности патологических состояний ЛОР-органов у больных после уранопластики: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – СПб, 2009.

4. Махкамова Н.Э. Диагностика, лечение и профилактика тугоухости у детей с врожденной расщелиной неба: Автореф. дис. … д-ра мед. наук. – Ташкент, 2011.

5. Махкамова Н.Э. Совершенствование методов диагностики и лечения тугоухости у детей с врожденной расщелиной неба. – Ташкент, 2018.

6. Останин А.В. Особенности строения рото- и носоглотки у детей с врожденными расщелинами нёба и их клиническое значение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тверь, 1992.

7. Савенкова М.С., Притыко А.Г., Гончаков Г.В. и др. Антибактериальная терапия: выбор у детей с расщелиной твердого нёба в предоперационном и постоперационном периодах // Эффективная фармакотер. – 2012. – №1. – С. 26-31.

8. Сарафанова М.Е. Состояние среднего уха у детей раннего возраста с врожденными расщелинами верхней губы и нёба: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2013.

9. Соколова А.В. Профилактика и коррекция нарушений слуха, обусловленных экссудативным отитом у детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2003.

10. Юмашев Д.П. Комплексная оценка нёбно-глоточной недостаточности у детей 12-15 лет после устранения врожденной полной расщелины верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2006.

11. Bayerlein T., Proff P., Koppe T. et al. Cartilaginous septum deviation in children with cleft lip, alveolus and palate an MRI analysis // J. Craniomaxillofac. Surg. – 2006. – Vol. 34 (Suppl. 2). – P. 49-51.

12. Li Q., Sheng Z., Tang S. et al. Nasal septum cartilage-silica gel complex for repairing nasal deformities of unilateral cleft lip // Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi. – 2009. – Vol. 23, №7. – P. 807-810.

13. Li Q., Sun Y.G., Wang G.H. et al. Anatomy of the nasal cartilages of the unilateral complete cleft lip nose // Plast. Reconstr. Surg. – 2002. – Vol. 109, №6. – P. 1835-1838.

Аннотация. Лечение и реабилитация детей с врожденной расщелиной губы и неба – сложная междисциплинарная проблема, требующая участия ряда специалистов: челюстно-лицевого хирурга (хирургическая коррекция), неонатолога и педиатра (правильное питание, диагностика и коррекция различных соматических заболеваний, профилактика ОРВИ, подготовка детей с врожденной расщелиной губы и неба к оперативному вмешательству), стоматолога-ортодонта (ортодонтическая коррекция врожденных расщелин неба, вторичная деформация зубной системы, реставрация зубов), отоларинголога (носовая полость, лечение и профилактика заболеваний гортани и среднего уха), логопеда и психолога (психологические реабилитационные мероприятия, необходимые для полноценной социальной адаптации ребенка).

Ключевые слова: врожденная расщелина нёба, дети, комплексное лечение, реабилитация.

Annotatsiyasi. Tug‘ma lab va tanglay yorig‘i bo‘lgan bolalarni davolash va reabilitatsiya qilish – bir qator mutaxassislarning ishtirokini talab qiladigan murakkab fanlararo muammo: yuz-yuz jarrohi(jarrohlik tuzatish), neonatolog va pediatr (to‘g‘ri ovqatlanish, turli xil somatik kasalliklarni tashxislash va tuzatish, o‘tkir respirator virusli infektsiyalarning oldini olish, tug‘ma lab va tanglay yoriqlari bo‘lgan bolalarni jarrohlik aralashuvga tayyorlash), ortodontik stomatolog (tug‘ma tanglay yoriqlarini ortodontik tuzatish, ikkilamchi deformatsiya tish tizimi, tishlarni tiklash), otorinolaringolog

(burun bo‘shlig‘i, gırtlak va o‘rta quloq kasalliklarini davolash va oldini olish), nutq terapevti va psixolog (bolaning to‘liq ijtimoiy moslashuvi uchun zarur bo‘lgan psixologik reabilitatsiya choralari).

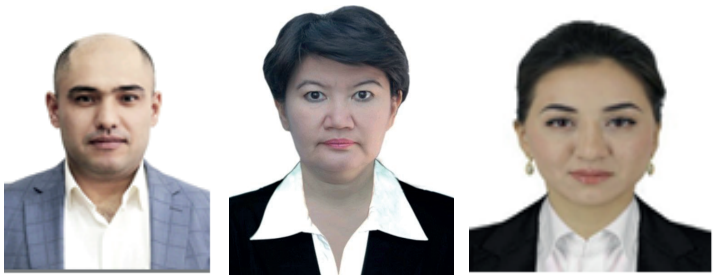
Kalit so‘zlar: tanglay tug‘ma kemtigi, bolalar, kompleks davolash, reabilitatsiya.

Summary. Treatment and rehabilitation of children with congenital cleft lip and palate – a complex interdisciplinary problem requiring the participation of a number of specialists: a maxillofacial surgeon (surgical correction), a neonatologist and a pediatrician (proper nutrition, diagnosis and correction of various somatic diseases, prevention of acute respiratory viral infections, preparation of children with congenital cleft lip and palate for surgery), an orthodontist (orthodontic correction of congenital cleft palate, secondary deformity dental system, dental restoration), otolaryngologist (nasal cavity, treatment and prevention of diseases of the larynx and middle ear), speech therapist and psychologist (psychological rehabilitation measures necessary for the full-fledged social adaptation of the child).

Key words: congenital cleft palate, children, comprehensive treatment, rehabilitation.

УДК 616-009.621

ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИНИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА БИОЛОГИК ФАОЛ НУҚТАЛАРНИ ҚЎЛЛАШ.



Абдуқодиров Элдор Исроилович, Буранова Дилфуза Джамаловна, Иноятова Ситора Ойбековна

Тошкент давлат стоматология институти.

Тошкент,Узбекистон +998(71) 230-20-72 E mail: info@tsdi.uz.

Паркинсон касаллиги энг кўп тарқалган нейродегенератив касалликлардан бири бўлиб, турли адабиётларда келтирилган маълумотларга кўра 100000 аҳоли ўртасида 65,7 дан 187 тагача (ўртача100) учрайди. Ушбу касаллик билан оғриш ёш улғайиши билан ошиб боради ва 70-79 ёшда юқори кўрсаткичларга етади. 2007 йилда ер юзида 6,3 миллион ПК билан оғриган беморлар қайд этилган бўлиб, ҳар 10 тасидан биттасининг ёши 50 дан паст эканлиги аниқланган. Касаллик 2030 йилга бориб 2 марта ошиши кўзда тутилмоқда. Шу сабабли Паркинсон касаллигида биологик нофаол нуқталарни фаоллаштириш билан бир қаторда фармакопунктура усулини ҳам қўллаш натижаларини таҳлил қилиш ва беморларда реабилитация жараёнини яхшилаш зарур.

Тадқиқот мақсади: Паркинсон касаллиги билан касалланган беморларнинг реабилитация жараёнига биологик фаол нуқталарни фаоллаштириш усулини киритиш.

Паркинсон касаллиги (ПК) асаб тизимининг бошқа нейродегенератив касалликлари қатори ҳозирги кунда энг долзарб бўлган ижтимоий-иқтисодий муаммолардан бири ҳисобланиб, ногиронлик ҳолатларининг асосий сабабларидан биридир. Касалликнинг айнан меҳнатга лаёқатли бўлган инсонларда кўпроқ учраши ушбу муаммонинг янада долзарб эканлигини кўрсатади. ПК нафақат Ўзбекистонда, балки бутун ер юзи мамлакатларида ҳам долзарб бўлиб келаётган муаммолардан биридир. Ушбу

касаллик долзарб муаммо эканлигинингг асосий сабабларидан бири этиопатогенези ҳанузгача тўлиқ ўрганилмаган. Касаллик наслий нейродегенератив бўлганлиги туфайли даволаш самараси ҳам кам, касаликка чалинган беморлар эса умрбод даволанишлари лозимдир. Касаллик асосан ҳаракат бузилишлари билан намоён бўлсада, касалликнинг ҳаракатга боғлиқ бўлмаган номотор бузилишлари ҳам борки уларни предиктор сифатида ўрганилиши. Шуни таъкидлаб утиш керакки, ушбу беморларда реабилитация муолажаларини ўз вақтида бошланиши касалликнинг асосий ҳаракат бузилишлари пайдо бўлишида асоратларнинг олдини олишда ҳеч қандай қийинлик туғдирмайди. Бироқ, касалликнинг илқ босқичларида даволаш чора-тадбирларни эрта ўтказиш ва реабилитация жараёнини эрта бошлаш мақсадга мувофиқдир ва ниҳоят касалликни келтириб чиқарган омилларни ҳам ўз вақтида аниқлаб керакли усуллардан фойдаланиш зарурдир. Паркинсон касаллиги энг кўп тарқалган нейродегенератив касалликлардан бири бўлиб, турли адабиётларда келтирилган маълумотларга кўра 100000 аҳоли ўртасида 65,7 дан 187 тагача (ўртача100) учрайди. Ушбу касаллик билан оғриш ёш улғайиши билан ошиб боради ва 70-79 ёшда юқори кўрсаткичларга етади. 2007 йилда ер юзида 6,3 миллион ПК билан оғриган беморлар қайд этилган бўлиб, ҳар 10 тасидан биттасининг ёши 50 дан паст эканлиги аниқланган. Касаллик 2030 йилга бориб 2 марта ошиши кўзда тутилмоқда. Бу эса реабилитация усулларини эртароқ бошлаш кераклигини талаб қилади. Паркинсон касаллигининг реабилитацияси ҳозирги замонда неврологиянинг энг долзарб муаммоларидан бири бўлиб келмоқда. Касалликнинг илк белгилари қанчалик эрта бошланмасин, ушбу белгиларнинг айнан ПК учун хос бўлган жиҳатларини илмий асослаш чуқур қиёсий таҳлил ўтказишни талаб этганлиги сабабли реабилитация эрта бошлаб, касалликни авж олишини камайтириш мақсадга мувофиқдир. Узоқ йиллардан бери Паркинсон касаллиги билан огриган беморларнинг реабилитацияси ўрганилиб келинмоқда, бироқ касалликнинг наслий дегенератив хусусиятларини инобатга олган ҳолда, ўзбек популяциясида касалликнинг эрта аниқлаш предикторларини излаб топиш ва прогноз қилиш тамойилларини ишлаб чиқиш ўта муҳим ва долзарб масаладир. ПКнинг ҳаракатга боғлиқ бўлмаган бузилишларини касалликнинг клиник шакллари, босқичлари, касаллик давомийлиги бўйича жуда кўп илмий тадқиқотлар олиб борилди, аммо реабилитация усулларини қўллаш тўғрисида асосланган илмий изланишларнинг йўқлиги ушбу борада тадқиқотнинг долзарблигини кўрсатади ва реабилитация усулларини янада мукаммаллаштириш керак эканлигини келтириб чиқаради. Тадқиқотнинг мақсади: Паркинсон касаллигида даволаш муолажалари билан бир қаторда реабилитация усулларидан бири биологик фаол нуқталари қўллаб, ирсийгенеологик хусусиятларни ўрганиш ва уларни касалликни эрта аниқлашдаги ўрнини асослаш.

Тадқиқот материали ва унинг усуллари: Тадқиқот мақсадига эришиш учун ўз олдимизга қўйилган вазифаларни ҳал этиш учун Тиббий ходимларнинг касбий малакасини ривожлантириш марказининг кўп тармоқли клиникаси бўлимларида ва амбулатор шароитда даволанаётган 106 нафар Паркинсон касаллиги турли шакллари билан касалланган беморлар рўйхатга олинди. Асосий гуруҳдаги беморлар ёши 18 дан 70 ёшгача бўлиб, ўртача 56,04±10,9 ни ташкил этди. Касаллик давомийлиги ўртача 5,56±6,2 йил. Асосий гуруҳдаги текширилган беморларнинг 55 нафари (51,8%) эркак ва 51 нафари (48,2%) аёлларни ташкил қилди.

ПК билан оғриган эркак беморларнинг ёши 18-70 ёшгача бўлиб, ўртача 52,6±11,1 ва аёлларнинг ёши 32-68 ёшгача бўлиб, ўртача 59,7±10,9 ёшни ташкил этди. Касаллик давомийлиги эркакларда 4,1±5,6 йилни ташкил этган бўлса, аёлларда эса 6,32±5,8 йилни ташкил этди. Паркинсонизмнинг шаклларини инобатга олиб, фақат биламчи идиопатик ПК билан оғриган беморлар тадқиотга киритилди. Бунинг учун ПК

ташҳиси A. Hughes ва ҳаммуаллифлар ҳамда, Буюк Британия мия банки (Hughes A. J. et. al. 1992) меъзонлари асосида қўйилди.

Текширув натижалари: ПК қатор мезонлар асосида иккиламчи васкуляр паркинсонизм ва бошқа турларидан, шунингдек учламчи паркинсонизмдан, яъни бошқа нейродегнератив ва наслий касалликлар билан бирга келган паркинсонизмдан ажратиб олинди. ПК ташҳиси бемор шикоятлари, касаллик тарихи анамнези, оилавий генеаологик анамнез, асаб системаси зараланиш белгилари, клиник-лаборатор ва нейровизуалогик (КТ, МСКТ ва МРТ) текширувлар натижасига асосланган ҳолда қўйилди. КТ ва МРТ текшириш беморларнинг бош мия пўстлоқ ости тугунлари соҳасида ўзгаришлар аниқланмади. ПК бошланғич белгилари, яъни даракчи белгилари кузатила бошлаганда уларда касалликнинг клиник шаклини ажратиш имкони бўлмайди ва ушбу гуруҳдаги беморлар 25 нафар (23,6%)ни ташкил этди. Қолган 81 нафар ПК клиник белгиларнинг устунлига қараб туриб 3 хил кўринишда намоён бўлишини инобатга олиб, беморлар ҳам 3 гуруҳга ажратилди. 1-гуруҳ акинетик-ригид шакли билан оғриган беморлар 26 нафар (24,5%); 2-гуруҳ титроқ шакли билан оғриган беморлар 28 нафар (26,4%); 3-гуруҳ аралаш шакли билан оғриган беморлар 27 нафар (33,3%).

Паркинсон касаллиги билан оғриган ва 106 нафар беморнинг реабилитация килиш усуллари тузиб чиқилди. Шуни алоҳида таъкидлаб ўтиш лозимки, биологик фаол нуқталарни фаоллаштириш усули қўшилганда беморларнинг аҳволи яхшиланганлигини ва бу усулларни реабилитация жараёнида қўллаш зарурлигини кўрсатади. Биологик нофаол нуқталарни фаоллаштириш билан бир қаторда фармакопунктура усулини ҳам қўллаш ижобий натижаларни кўрсатди ва беморларда реабилитация жараёнини тезлаштирди. Олинган натижалар: Паркинсон касаллигида реабилитация усули бўлган биологик фаол нуқталарни фаоллаштириш даволанишдан кейинги жараён бўлган реабилитацияда қўллаш беморнинг саломатлигини тезрок тиклашга ёрдам бериши маълум бўлди. Беморларнинг ёшини инобатга олган ҳолда реабилитация усулларидан бўлган биологик фаол нуқталарни фаоллаштириш билан биргаликда фармакопунктура усуллини ҳам қўшимча равишда киритишга алоҳида аҳамият қаратилса мақсадга мувофиқ бўлади.

Хулоса: Паркинсон касаллиги билан касалланган беморланинг реабилитация жараёнига биологик фаол нуқталарни фаоллаштириш усулини киритиш ва реабилитация даврида қўллаш беморнинг саломатлигини тезроқ тиклашга ёрдам бериши маълум бўлди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Abduqodirova M.B., Xodjibekova Y.M., Abdukodirov E.I., Possibilities of ultrasound examination in the diagnosis of tunnel neuropathies of the upper limb// European journal of modern medicine and practice vol. 2 no. 10 (oct - 2022) ejmmp issn: 2795-921x. Http://innovatus.es/index.php/ejmmp

2. Abduqodirova M.B., Xodjibekova Y.M., Abdukodirov E.I., Diagnosis and treatment of proximal tunnel neuropathy of the upper limb// Научные идеи молодых ученых, Scientific ideas of young scientists. International scientific and practical conferences October 2022 Warsaw, Poland.

3. Абрамычева Н.Ю. Анализ основных генетических форм болезни Паркинсона с помощью метода MLPA / Абрамычева Н.Ю., Федотова Е.Ю., Степанова М.С., Иллариошкин С.Н. // В сб.: Актуальные проблемы современной неврологии и психиатрии. – СПб. – 2015. – С.119.

4. Иллариошкин С.Н., Алексеева Н.С., Пономарева Т.А. и др. Нарушение обоняния при болезни Паркинсона // Неврологический журнал. 2012. Раздел 1, С. 10–14.

5. Абдукодиров Э.И., Матмуродов Р. Ж., Хайдаров Н. К., Иноятова С.О., Сайдуллаев З. С. Analysis of Risk Factors in the Etiopatogenesis of Congenital Myopathy Syndrome// International Journal of Health Systems and Medical Science. ISSN: 2833-7433. Volume 1 | No 5 | Dec-2022. 148-155ст. https://

inter-publishing.com/index.php/IJHSMS

6. Abdukodirov Eldor Israilovich, Tairova Dilyaram Zakirovna, Babaeva Farzona Yuldashevna. The Role Of Neuroprotective Therapy In Primary Care In Acute Ischemic Stroke// International Journal of Health Systems and Medical Sciences ISSN: 2833-7433 Volume 2 | No 1 | January -2023. 31-36. Journal Homepage: https://inter-publishing.com/index.php/IJHSMS.

7. Abdukodirov E.I. Tairova D.Z. Babaeva F.Y. risk factors leading to acute cerebral hemorrhage// scientific collection «interconf» | № 78. 338-340ст. DOI 10.51582/interconf.7-856.01.2023.039.

8. Abdukodirov Eldor Israilovich. Tairova Dilyaram Zakirovna. Babaeva Farzona Yuldashevna. Modern treatment procedures in cerebrovascular disorders// https://doi.org/10.7788/zenodo Павлодар, Казахстан 2023. 14-15ст.

9. Raimova Malika Muxamedjanovna, Mukhamedsaidova Iroda Abduvaxobovna, Abdukodirov Eldor Isroilovich, Jurayev Zikrulloh Erkinjon ugli, Tashxujayeva Lutfinisa Raufjanovna. Etiopathogenetic Aspects of Secondary Restless Legs Syndrome// ISSN: 2833-7433 Volume 2 |No1 |January -2023.61-65.

Аннотация: Паркинсон касаллиги энг кўп тарқалган нейродегенератив касалликлардан бири бўлиб, турли адабиётларда келтирилган маълумотларга кўра 100000 аҳоли ўртасида 65,7 дан 187 тагача (ўртача100) учрайди. Ушбу касаллик билан оғриш ёш улғайиши билан ошиб боради ва 70-79 ёшда юқори кўрсаткичларга етади. 2007 йилда ер юзида 6,3 миллион ПК билан оғриган беморлар қайд этилган бўлиб, ҳар 10 тасидан биттасининг ёши 50 дан паст эканлиги аниқланган. Касаллик 2030 йилга бориб 2 марта ошиши кўзда тутилмоқда. Шу сабабли Паркинсон касаллигида биологик нофаол нуқталарни фаоллаштириш билан бир қаторда фармакопунктура усулини ҳам қўллаш натижаларини таҳлил қилиш ва беморларда реабилитация жараёнини яхшилаш зарур.

Калит сўзлар: Паркинсон касаллигида реабилитация, биологик фаол нуқталар, фармакопунктура.

Annotation: Parkinson’s disease is one of the most common neurodegenerative diseases, the incidence of which, according to various literature data, ranges from 65.7 to 187 cases per 100,000 population (average 100). The incidence of this disease increases with age and reaches high rates at the age of 70-79 years. In 2007, there were 6.3 million patients with PC worldwide, with one in ten being under 50 years of age. The incidence is expected to double by 2030. Therefore, it is necessary to analyze the results of using the pharmacopuncture method along with the activation of biologically inactive points in Parkinson’s disease and improve the process of rehabilitation of patients.

Key words: Rehabilitation for Parkinson’s disease, biologically active points, pharmacopuncture.

МУАЛЛИФЛАР ДИҚҚАТИГА

Журнал тиббиёт фани ва соғлиқни сакдашнинг долзарб масалалари бўйича устивор йўналишдаги янги муҳим илмий маълумотларни ўзида мужассам қилган ориганал ахборотларни қабул қилади.

Муаллиф учун эслатма

Қўлёзмаларни расмийлаштириш қоидалари:

I. Мақола 2 та нусҳада ўзбек ёки рус тилида, илова қилинадиган хат, эксперт хулосаси ва ўзбек, рус ҳамда инглиз тилларидаги рефератлар (кўпи билан 15 қатор ва камида 10 қатор бўлиши лозим) билан тақдим килинади.

Маколага чоп этилиш ҳуқуқини берадиган, думалоқ муҳр босилган юқори турган шахс рухсатномаси ва унинг имзоси қўйилган хат билан биргаликда топширилиши керак. Агар мақола иккита ва ундан кўпроқ муассасаларда тайёрланган бўлса, уларнинг ҳар биридан алоҳида йўлланма бўлиши керак. Муаллифларнинг бири илмий-тадқиқот института директори ёки даволаш муассасасининг бош врачи бўлса, унда Соғлиқни сакдаш вазирлигидан йўлланма олиш зарур.

Экспертиза актига муҳр босилган бўлиши керак. Имзолар ёнида фамилиялар кўрсатилиши шарт.

II. Мақола компьютерда терилган (шрифтнинг катталиги - 14, қаторлар орасидаги масофа 1,5 га тенг; юқоридан, пастдан ва чап томондан 20 мм, ўнгдан эса 10 мм жой қолдириш лозим) ва дискетада ёзилган ҳолда тақдим килиниши керак. Дискетада тақдим этилаётган мақолалар Microsoft Word 7,0 - 2000, for Windows 95/98.

III. Мақоланинг титул варақида куйидагилар кўрсатилади:

- мақоланинг тўлиқ номи;
- асосий сўзлар;
- муаллифларнинг илмий даражаси, унвони, исми, фамилияси;
- иш бажарилган муассаса номи;
- муҳарририят билан бевосита иш олиб борувчи муаллифнинг иш ва уй телефон рақамлари.

Мақолада уни чоп этиш ҳуқукини берадиган раҳбар имзоси бўлиши керак. Мақоланинг охирида барча муаллифларнинг имзоси бўлиши керак.

IV. Мақоланинг тузилиши. У қуйидаги бўлимлардан ташкил топган бўлиши лозим:

- кириш қисми;
- материаллар ва методлар;
- натижалар;
- тахлил;
- хулосалар;
- адабиётлар.

Мақоланинг ҳар бир қисмини (кириш қисмидан ташқари) ажратиш лозим.

Муаллиф мақоласини синчиклаб текшириб, таҳрир қилган бўлиши керак. Мақола аниқ, ихчам, узундан-узун тафсилотларсиз бўлиши ҳамда матндаги берилган маълумотлар жадвал ва расмлардагилар билан такрорланмаслиги керак. Муаллиф фикрича, таъкидланиши лозим бўлган сўзларнинг тагига чизилади. Махсус ҳарфли шрифтлар ва белгилар (масалан, грек алифбоси ҳарфлари), шунингдек расм ва жадвалларга бериладиган изохлар улар биринчи марта қўлланилганида саҳифанинг чап томонига чиқариб ёзилади.

Ўлчов бирликлари Халкаро тизим (СИ) бирликларида ифодаланиши керак. Зарурат бўлганда СИ ўлчов бирлигидан кейин қавс ичида бошқа тизимлар бўйича ўлчовлар кўрсатилиши мумкин.

V. Расмларни тайёрлаш.

Расмлар қора тушда ишланиши, фото, эхограмма, допплерограммалар контраст бўлиши керак. Расм орқасига қалам билан унинг юқори ва пастки томони, рақами, биринчи муаллифнинг фамилияси ва мақоланинг номи ёзилади. Расмларнинг тартиб рақамлари уларнинг матндаги бирма-бир кетинлигига мувофиқ қўйилади.

Расмларга бериладиган тушунтирув изоҳлар алоҳида бетга расмнинг рақами кўрсатилиб, ёзилади. Микрофоторасмлар изоҳида бўяш усули, окуляр ва объективда неча марта катталаштирилгани кўрсатилади.

VI. Жадвалларни расмийлаштириш.

Ҳар бир жадвал алоҳида бетга 2 интервалга тенг масофада терилиши керак. Жадвалнинг номи ва зарурат бўлса, эслатма ёки изохдар берилиши керак. Жадвал ўзида фақат зарур бўлган маълумотларни сакдаши ва текширилган умумлаштирилган ҳамда статистик ишлаб чикилган материаллардан иборат бўлиши керак.

VII. Формулаларни расмийлаштириш. Формулаларда қуйидагилар кўрсатилади:

- кичик ва бош ҳарфлар (бош ҳарфлар остига иккита чизиқча, қичик ҳарфлар устига эса иккита чизиқча чизилади);

- лотин ва грек ҳарфлари (лотин харфлари кўк, грек ҳарфлари эса кизил ранг билан ўраб қўйилиши лозим);

- кагор ости ва кагор усти харфлари ва рақамлари.

VIII. Адабиётлар рўйхатини тузиш.

Адабиётлар рўйхатига охирги 10 йил ичида чоп этилган материаллар (10 тадан ошмаслиги керак) киритилади. Улар библиографик қоидаларга мувофиқ тузилади ва мақоланинг охирида берилади. Библиография биринчи муаллиф фамилияси бўйича аниқ алфавит тартибда ва бир муаллифнинг бир неча асарлари келтириладиган бўлса, хронологик тартибда тузилади.

Рўйхатда: китоблар бўйича - муаллиф фамилияси ва исми-шарифи, китобнинг тўлиқ номи, чиқарилган жойи ва йили; журналлар, тўпламлар, илмий асарлар бўйича - муаллиф фамилияси ва исми-шарифи, журнал, тўплам, илмий асар номи, йили, сони, бетлари (нечанчидан нечанчигача) кўрсатилиши шарт. Рўйхатга чоп этилмаган ишлар (диссертациялар авторефератлари) ва дарсликлар киритилмайди.

Текшириб чикилган адабиётлар рўйхатида муаллифнинг имзоси бўлиши керак. Синчковлик билан ўқиб ва текшириб чикилмаган адабиётлар рўйхати чоп этилмайди.

IX. Мазкур қоидаларга риоя қилинмай тайёрланган мақолаларни муҳарририят қабул қилмайди.

X. Таҳрир ҳайъати материалларни чоп этилишини таъқикл аш ҳуқуқига эгадир (жумладан, ижобий тақриз олган маколаларни ҳам).

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

Журнал принимает к публикации оригинальные сообщения по актуальным вопросам медицинской науки и здравоохранения, содержащие новые существенные научные результаты, имеющие приоритетный характер.

Памятка автора

Правила оформления рукописей:

I. Статья представляется в 2 экземплярах на русском языке с сопроводительным письмом, экспертным заключением и рефератами (10-15 строк) на русском и английском языках (аннотация). Статья должна иметь визу вышестоящего лица на право опубликования, заверенную круглой печатью, и сопроводительное письмо за подписью вышестоящего лица. Если статья выполнена в двух и более учреждениях, она должна иметь направления из каждого. Если один из авторов является директором НИИ, ректором учебного заведения или главным врачом лечебного учреждения, необходимо направление Минздрава.

Акт экспертизы должен быть заверен печатью. Рядом с подписями обязательно указываются фамилии.

II. Статья должна быть набрана на компьютере и представлена с дискетой (шрифт 14, расстояние между строками 1,5). Поля сверху, снизу и слева - 20 мм, справа - 10 мм.

Представленные на дискетах статьи должны быть набраны на компьютере в программе **Microsoft Word for Windows 95/98.**

III. На титульной странице указываются:

- полное название статьи;
- ключевые слова;
- ученая степень, научное звание, инициалы и фамилии авторов;
- название учреждения, в котором выполнена работа;

Статья обязательно должна иметь визу руководителя работы на право ее опубликования. В конце статьи ставятся подписи всех авторов.

IV. Структура статьи. Статья должна содержать следующие разделы:

- вводная часть;
- материалы и методы;
- результаты;
- обсуждение;
- выводы;
- литература.

Каждый раздел статьи (кроме вводной) следует выделить.

Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Изложение должно быть ясным, сжатым, без длинных введений, повторений и дублирования в тексте таблиц и рисунков.

Слова, которые, по мнению автора, должны быть выделены, подчеркиваются в тексте. Специальные буквенные шрифты и символы (например, буквы греческого алфавита), а также ссылки на рисунки и таблицы выносятся на левое поле при первом упоминании.

Единицы измерения должны быть выражены в единицах Международной системы (СИ). При необходимости в скобках после единиц измерения СИ может быть указана размерность в других системах.

V. Оформление иллюстраций. Рисунки должны быть выполнены черной тушью, фотографии, эхограммы, допплерограммы, рентгенограммы - контрастны. На обороте каждой иллюстрации карандашом указывается верх и низ, номер рисунка, фамилия первого автора и название статьи. Иллюстрации должны быть пронумерованы согласно порядку их следования в тексте.

Подписи к рисункам печатаются на отдельной странице с указанием номера рисунка. В подписях к микрофотографиям указывается метод окраски, увеличение окуляра и объектива.

VI. Оформление таблиц. Каждая таблица печатается на отдельной странице через 2 интервала. Все таблицы должны иметь название и при необходимости - подстрочные примечания. Таблицы должны содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы исследования.

VII. Оформление формул. В формулах необходимо размечать:

- строчные и прописные буквы (прописные обозначаются двумя черточками снизу, а строчные - двумя черточками сверху);
- латинские и греческие буквы (латинские обводятся синим цветом, греческие - красным);
- подстрочные и надстрочные буквы и цифры.

VIII. Оформление литературы. В библиографию вносятся работы всех упомянутых авторов (но не более 10 работ, опубликованных только за последние 10 лет). Список литературы составляется в соответствии с библиографическими правилами и помещается в конце статьи. Библиография составляется строго в алфавитном порядке по фамилии первого автора и в хронологическом, если приводится несколько публикаций одного и того же автора.

В списке обязательно должны быть приведены: по книгам - фамилия автора и его инициалы, полное название книги, место и год издания; по журналам, сборникам, научным трудам - фамилия автора и его инициалы, название журнала, сборника, научного труда, год, номер, страницы - от и до. В список не включаются неопубликованные работы, диссертационные работы и авторефераты к ним, учебники.

Проверенный список литературы должен быть подписан автором. Невыверенный список литературы к публикации не допускается.

В тексте ссылки на библиографические указатели обозначаются цифрами согласно списку использованной литературы.

IX. Статьи, оформленные без соблюдения данных правил, редакцией не принимаются.

X. Редакционная коллегия вправе отклонить публикацию материалов (в том числе и получивших положительную рецензию).