

STOMATOLOGIYA

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2091-5845

№ 4, 2024 (97)



34

РУХИЙ КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ ТИББИЙ
ЎЗУВЛАРИДАН РЕТРОСПЕКТИВ МАЪЛУМОТЛАРНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

79

ОЧИҚ ПРИКУСНИ ИННОВАЦИОН
ОРТОДОНТИК АППАРАТ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ

98

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ОРТОДОНТИИ В ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

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

STOMATOLOGIYA **№ 4, 2024 (97)**

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси хузуридаги 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.

Компьютерда терувчи: Е.Алексеев
Дизайнер ва саҳифаловчи: Г.Назирова
Мухаррир О.А.Козлова
Баҳоси келишилган нарҳда.

Рекламани чоп қилиш ҳақ тўлаш йўли билан амалга оширилади.

Реклама матнининг тўғрилиги бўйича жавобгарлик реклама берувчи зиммасидадир.

Қўлёзмалар, суратлар ва расмлар тақриз қилинмайди ҳамда эгасига қайтарилмайди.

Келтирувчи фактларнинг тўғрилиги, рақамли материалларнинг аниқлиги, препаратларнинг номлари, атамалар, илмий-адабий манбалар, исм ва фамилияларнинг тўғрилиги учун жавобгарлик муаллифларнинг ҳамда таҳририят ҳайъатининг зиммасидадир.

Бош муҳаррир: т.ф.д., проф. Нигматов Р.Н.
Масъул котиб: т.ф.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.
Иноятлов 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. (Қозғоғистон), т.ф.д., проф.
Тоиров У.Т. (Тожикистон), т.ф.д., проф.
Токарев И.В. (Белоруссия), т.ф.д., проф.
Трунин В.А. (Россия), т.ф.д., проф.
Хабилов Н.Л., т.ф.д., проф.
Хасанов А.И., т.ф.д., 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)
Усмонов Ф.К. (Тошкент), т.ф.н., доц.
Узакбергганова 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 , 2024 (97)

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.

Оригинал-макет изготовлен в «Янги аср авлоди».
Компьютерный набор Е.Алексеев
Дизайн и верстка Г.Назирова
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 незарегистрированных 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
Ответственный секретарь: 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.
Иноятлов 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.
Токарев 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.
Ғулямев 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.)
Узакберганаева У.А. (Нукус)
Усманов Ф.К. (Ташкент), к.м.н., доц.
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

Даминова Ш.Б. Тошкент давлат стоматология институтининг болалар терапевтик стоматологияси кафедраси тарихи.....5

Азимов А.М., Содиқова Х.Қ. Жаррохлик стоматология ва дентал имплантология кафедраси тарихи.....15

Каримова Н.Ю., Шарипова Г.И. Туғма цитомегаловирус мавжуд болаларда герпетик стоматитларни текшириш бўйича тадқиқот материали ва усулларининг тавсифи.....25

Хикматуллаев Р.З. Динамика содержания нейрон-специфической энолазы в крови крыс после моделирования травмы спинного мозга.....29

Гаффаров С.А., Астанов О.М. Рухий бузилиши мавжуд беморларнинг касаллик тарихидаги ретроспектив маълумотларнинг натижалари ва уларнинг таҳлиллари.....34

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Фазилова У.К., Хабибова Н.Н. Стоматологический статус и гигиенические показатели полости рта у пациентов с сахарным диабетом II типа.....39

Наврўзова Ў.О., Хабибова Н.Н. Клинические особенности хронического рецидивирующего афтозного стоматита у женщин фертильного возраста и оптимизация подходов к его лечению.....43

Abdullayev Sh. R., Xamrayev M.Sh. Surunkali buyrak kaslliklarida surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitni kompleks davolashning asoslash.....47

ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Абдуллаев Ш.Ю., Бабохужаев А.С. Методы прогнозирования осложнений с поражением отдаленно расположенных органов и систем у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями.....51

Хасанов А.И., Атавуллаев М.Ж., Байходжаева Э.Б. Диагностика остеомиелита верхней челюсти у больных, перенесших Covid-19.....56

Ахмедов И.И., Камалова Ф.Р. Эффективность лечения больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно – лицевой области.....63

Content

ORGANIZATION, EPIDEMIOLOGY, HISTORY AND EXPERIMENTAL SECTION

Daminova Sh.B. History of Children's Therapeutics Dentistry Departments of Tashkent State Institute of Dentistry.....5

Azimov A.M., Sodikova X.Q. History of the department of surgical dentistry and dental implantology.....15

Karimova N.Yu., Sharipova G.I. Description of the material and methods of studying herpetic stomatitis in children with congenital cytomegalovirus disease.....25

Khikmatulalev R.Z. Dynamics of the neuron-specific enolase content in the blood of rats after modeling spinal cord injury.....29

Gaffarov S.A., Astanov O.M. Results and their analysis of retrospective data on the medical history of patients with mental disorders.....34

THERAPEUTIC DENTISTRY

Fazilova U.K., Xabibova N.N. Dental status and oral hygiene indicators in patients with type II diabetes.....39

Navruzova N.U., Xabibova N.N. Features of the course of chronic recurrent aphthous stomatitis in women of fertile age.....43

Abdullayev Sh. R., Khamrayev M.Sh. Rationale of complex treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis in chronic kidney diseases.....47

SURGICAL DENTISTRY

Abdullaev Sh.Yu., Babokhuzhaev A.S. Methods for predicting complications with damage to distantly located organs and systems in patients with odontogenic inflammatory diseases.....51

Khasanov A.I., Atavullaev M.Zh., Baykhodzhaeva E.B. Diagnosis of osteomyelitis of the upper jaw in patients who have had Covid-19.....56

Axmedov I.I., Kamalova F.R. Effectiveness of treatment of patients with odontogenic inflammatory diseases of the maxillofacial region.....63

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Махмудов М.Б., Салимов О.Р., Нигматов Р.Н., Султонов Ш.Х. Состояние органов полости рта и ортопедическая стоматологическая тактика зубного протезирования больных страдающих эпилепсией.....66

Ярикулов Ш.Ш. Влияние технологии протезирования зубов на динамику ранних предикторов воспалительно-деструктивного процесса в периимплантатной зоне.....71

Махмудов М. Б., Салимов О. Р., Нигматов Р.Н., Алиев Ш.Р. Микробиологические показатели полости рта у больных с эпилепсией.....75

ОРТОДОНТИЯ

Нигматов Р.Н., Аралов М.Б., Нигматова И.М. Очк прикусни инновацион ортодонтик аппарат ёрдамида даволаш.....79

СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Абдиримова Г.И., Мирсалихова Ф.Л. Сут тишларида эмал гипоплазиясини текширишда олиб борилган клиник-стоматологик текшириш натижалари.....85

Абдиримова Г.И. Хомила даврида гормонал препаратлар натижасида юзага келадиган сут тишларида эмал гипоплазияси мавжуд болаларда даволашдан кейинги гистоморфологик текширув натижалари.....88

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

Азимов М.И., Назарова Н.А. Современное состояние диагностики и лечения острых травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей. Обзор литературы.....93

Муртазаев С.С., Кучкарова М.К. Возможности современной ортодонтии в диагностике и лечении аномалий зубочелюстной системы. Обзор литературы.....97

ПРОБЛЕМЫ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Мирзарахимова К.Р., Нурмаматова К.Ч., Азимов Р.И., Турахонова Ф.М., Хужаниязова Н.К., Машарипова Р.Ю. Важность витамина D для детей.....103

ORTHOPEDIC DENTISTRY

Makhmudov M.B., Salimov O.R., Nigmatov R.N., Sultonov Sh.X. Condition of the oral cavity organs and orthopedic dental tactics of dental prosthetics for patients suffering from epilepsy.....66

Yarikulov Sh.Sh. Influence of dental prosthetics technology on the dynamics of early predictors of destructive inflammatory process in the periimplant zone.....71

Makhmudov M.B., Salimov O.R., Nigmatov R.N., Aliev Sh.R. Microbiological indicators of the oral cavity in patients with epilepsy.....75

ORTHODONTICS

Nigmatov R.N., Aralov M.B., Nigmatova I.M. Treatment of open pricus using innovative orthodontic apparatus.....79

PEDIATRIC DENTISTRY

Abdirimova G.I., Mirsalikhova F.L. Results of clinical and stomatological examination of milk teeth enamel hypoplasia.....85

Abdirimova G.I. Results of post-treatment histomorphological examination in children with enamel hypoplasia of milk teeth caused by hormonal drugs during pregnancy.....88

REVIEWS

Azimov M.I., Nazarova N.A. Current state of diagnostics and treatment of acute traumatic injuries of the maxillofacial region in children. Literature review.....93

Murtazaev S.S., Kuchkarova M.K. Possibilities of modern orthodontics in the diagnosis and treatment of anomalies of the dental system. Literature Review.....97

THE PROBLEMS OF RELATED SPECIALITIES

Makhkamova F.T., Ikramov G.A. Ways to **Mirzorakhimova K.R., Nurmamatova Q.Ch, Azimov R.I., To'raxonova F.M., Xujaniyazova N.K., Masharipova R.Y.** The importance of vitamin d for children.....103

*Организация, история***ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИНИНГ
БОЛАЛАР ТЕРАПЕВТИК СТОМАТОЛОГИЯСИ КАФЕДРАСИ ТАРИХИ****Даминава Ш.Б.***Тошкент давлат стоматология институти*

Болалар терапевтик стоматологияси (бугунда кунда болалар терапевтик стоматологияси ва стоматологик касалликлар профилактикаси кафедралари) кафедрасини тарихи болалар стоматология кафедраси билан узвик боглик. Болалар стоматологияси кафедраси 1976 йил июнь ойида ТошДавМИ ректори буйруғига асосан ташкил этилган. Кафедра мудири лавозимига илмий кенгаш қарорига кура доцент Э.У. Махкамов тайинланган. Кафедрада уч фан - болалар терапевтик стоматологияси, болалар жаррохлик стоматологияси ва болаларда протезлаш ва ортодонтия фанларини уқитиш кузда тутилган эди. Болалар жаррохлик стоматологияси бўйича ўқув ишлари доц. Э.У. Махкамов, ортодонтия ва болаларда протезлаш фани бўйича т.ф.н. В.Ф. Назарова, болалар терапевтик стоматологияси эса М.Х. Ташходжаевлар зиммасига юклатилди. Кафедра ўз фаолиятини 1976 йилнинг 1-сентябрида бошлади. Биринчи ўқув йили кафедранинг ўз муҳим жойи бўлмаган. Болалар стоматологияси кафедраси учун хирургик, терапевтик ва ортопедик стоматология кафедралари ўз йўналишлари бўйича хоналар ажратган.

Кафедра ўз фаолиятини бошлаган даврда сафида доц. Э.У. Махкамов, т.ф.н. В.Ф. Назарова, ассистентлар: Д.А. Минисаев, М.И. Азимов, М.Х. Ташходжаева, С.Ф. Ганиханова, С.М. Муртазаев, Д.А. Адужалалова, бўлиб, ўқув йилининг иккинчи ярмида т.ф.н. Т.Н. Петербург ҳам жамоага қўшилган.

1978 йил кафедра мудири доц. Э.У. Махкамов Москва шаҳри Марказий стоматология институтига докторантурага юборилганликлари сабабли кафедра мудири лавозимига илмий кенгаш томонидан проф. Г.П. Ионнидис ўтказилган. Проф. Г.П. Ионнидис бу давргача госпитал жаррохлик стоматологияси кафедраси мудири бўлганлиги боис, бу кафедра тугатилиб, ходимлар болалар стоматологияси кафедрасига ўтказилади.

1978-1979 ўқув йилида кафедрага биринчи ва иккинчи даволаш ҳамда санитария-гигиена факультетлари талабаларига «стоматология» фанини ўқитиш топширилади. Шу сабабли хирург стоматологлар сафига доц. А.А. Самединов, асс. А.Е. Ким, асс. С.Х. Юсупов, асс. А.Т. Абдухакимовлар қўшиладилар.

Профессор Г.П. Ионнидис 1978-1984 йиллар мобайнида кафедрага раҳбарлик қиладилар. 1981 йил доц. Э.У. Махкамов докторлик диссертациясини ёклаб, кафедра жамоасига профессор сифатида қайтадилар. Улар бошчилигида кафедрада ўқув услубий ишлар йўлга қўйилади - барча фанлардан услубий қўлланмалар, альбомлар, стендлар янгидан тайёрланади. Шу даврда А.Е. Ким, С.Х. Юсупов, М.Х. Ташходжаева С.М. Муртазаевлар номзодлик диссертацияларини ёклайдилар.

1984 йил проф. Г.П. Ионнидис Грецияга кўчиб кетганидан сўнг, проф. Э.У. Махкамов кафедра мудири лавозимига ўтадилар. 1986 йил жаррохлик стоматология кафедраси мудири, проф. М.Н. Мазалова оиласи билан Москва шаҳрига кўчиб кетади. Шу даврда бу кафедрада 3,4,5 курсларнинг 1200-1300 талабаси ўқир эди. Ректорат 30 га яқин педагоглари бўлган шу катта коллектив (кафедра)га раҳбарлик дилиш учун проф. Э.У. Махкамовни тавсия этади. Проф. Э.У. Махкамов билан бирга доц. М.И. Азимов, доц. А.А. Самединов, асс. Д.А. Минисаев, асс. Х.К. Содиқовалар ҳам жаррохлик стоматологияси кафедрасига ўтадилар. Болалар стоматологияси кафедраси мудири этиб (1986) илмий Кенгаш т.ф.д., проф. Т.Х. Сафаровни ўтказди.

Кафедрага проф. Т.Х. Сафаров раҳбарлик қилган даврларда (1986-1993 йиллар) болалар жаррохлик стоматологияси фани бўйича дарсларни доц. А.К. Арифжанов, т.ф.н. А.Е. Ким, асс. Пименова, асс. И.Г. Гафуров, асс. С.М. Сагдиев, асс. А.Д. Дадамов; болалар терапевтик стоматологияси фани бўйича: доц.

Х.И. Саидакбарова, т.ф.н. М.Х. Ташходжаева, А.Н. Солохо, Х.А. Арифжанова, Т.М. Ниязова, Ш.С. Азизов, С.Ф. Ганиханова, М.И. Муслимова, И.Х. Халилов. 1989 йилдан С.С. Махсумова, Н.И. Мишарова, А.С. Холменова; Ортодонтия фани бўйича: доц. В.Ф. Назарова, доц. С.М. Муртазаев, асс. Ф. Акромов, Х. Алимжонов, С. Алимухамедова, Ф.А. Шомухамедова, Д.А. Сулейманова, З. Низамовлар олиб борганлар.

Проф. Т.Х. Сафаров мудирлик қилган даврида кафедра базаларини кенгайтиришга катта аҳамият қаратилган.



Б о л а л а р
стоматологияси
бўлими капитал
таъмирлашдан
чиқарилган.
ТошМИда болалар
терапевтик
стоматология
поликлиникаси
очилган.
Ўқитилган барча
фанлардан услубий

қулланмалар чоп этилган. Болалар терапевтик стоматологияси фани дарсларининг 70% ини мактаблар стоматология кабинетларида ўтиш ташкил қилинган. Кафедра учун база бўлган мактабларда ўқувчилар профилактик кўрикдан ўтказилиб, тўлиқ санация қилиш йўлга қўйилган. Шу билан бир вақтда кафедра ходимлари томонидан мактаб ўқувчилари орасида стоматологик касалликлар (кариес ва унинг асоратлари), тиш ва жағлар аномалиялари тарқалганлиги ўрганилган ва қатор мақолалар чоп этилган.

Проф. Т.Х. Сафаров илмий раҳбарлиги остида О.С. Йўлдошхонова номзодлик диссертациясини химоя қилган. Талабаларга амалий дарсларни ўтиш, ўқитиш учун зарур бўлган болалар даволаш стоматологияси фани бўйича амалий қўлланмалар (Т.Х. Сафаров, И.Х. Халилов, 1997 йил) чоп этилган.

Болалар стоматологияси кафедраси 17 йил уч йўналишида ўқув, илмий ва амалий фаолиятини олиб борди. Болалар стоматологиясини ҳар бир йўналишини ривожланишини таъминлаш, юқори малакаликادرларни тайёрлаш мақсадида

1993 йил (февраль оyi) баҳорги семестр бошида болалар стоматологияси кафедраси уч мустақил кафедрага бўлинди.

1) Болалар жарроҳлик стоматологияси кафедраси (мудир проф. М.И. Азимов)

2) Ортодонтия кафедраси (мудир т.ф.д. проф. А.Д. Абдуазимов)

3) Болалар терапевтик стоматологияси (мудир доц. О.А. Зуфаров).

Шу даврда стоматология факультетида 2 мингдан ортик талаба ўқир эди. Ҳар бир фан мустақил кафедрада ўқитилиши лозим (давр талаби) бўлган.

Болалар жарроҳлик стоматологияси кафедраси Биринчи ТошМИ болалар жарроҳлик стоматологияси (23 корпус) бўлимида жойлашди.

Кафедра жамоаси проф. М.И. Азимов (каф. мудир), доц. А.Д. Арифжонов, асс. т.ф.н. А.Е. Ким, т.ф.н. А.Д. Дадамов, асс. Р.К. Якубов, Р.Р. Беккузин, Ш.Ш. Курбанов, аспирант Х.К. Дустмухамедовалардан иборат бўлган.

Юқорида келтирилгандай, 1993 йил болалар терапевтик стоматологияси фанини ўқитиш учун мустақил болалар терапевтик стоматологияси кафедраси ташкил қилинди. Илмий Кенгаш кафедра мудир эдиб, доц. О.А. Зуфаровни утказди.

Олимжон Арифжанович Зуфаров 1993-1996 йилларда болалар терапевтик стоматологияси кафедраси мудир, т.ф.н., доцент.

Кафедра мудир О.А. Зуфаров даврида кафедрада қуйидаги ходимлар ишлаганлар:

Х.И. Саидакбарова – доцент 1974 йилдан, Ш.С. Азизов – доцент 1976 йилдан, И.Х. Халилов – доцент 1983 йилдан, О.С. Йўлдошхонова – доцент 1984 йилдан, М.Х. Ташходжаева – т.ф.н. асс. 1974 йилдан, Х.А. Арифжанова – асс. 1975 йилдан, А.М. Солохо – асс. 1974 йилдан, Т.М. Ниязова – асс. 1974 йилдан, С.С. Махсумова – асс. 1989 йилдан, Ж. Абдуллаев – асс. 1990 йилдан, З.М. Маматкулова – асс. 1993 йилдан, М.Г. Алимова – асс. 1986 йилдан, М. Хикматуллаева – асс. 1986 йилдан, М.А. Турсунова. – асс. 1986 йилдан, Г.Р. Шукурова – асс. 1993 йилдан, Д.З. Дусмхамедова – асс. 1994 йилдан, М.К. Ишанова – т.ф.н. асс. 1996 йилдан, Н.Н. Мишарова – асс. 1989 йилдан.



Озода Сотволдиевна
Юлдашханова 1996-
2006 йилларда
болалар терапевтик
стоматологияси
кафедраси мудири,
т.ф.д., профессор. О.А.
Зуфаровдансунг, кафедра
мудирлигига докторлик
диссертациясини

ёклаган доц. О.С. Йўлдашхонова ўтказилди.
Улар билан биргаликда 1996-2006 йилларда
куйдаги ходимлар ишлаганлар ва улардан
куйдагилар номзодлик диссертациясини
ёклаганлар.

С.С. Махсумова, 1999 йилда Т.Р. Шукурова,
2002 йилда Р.Г. Алимова, Ш.Б. Даминова, 2004
йил Л.А. Абдуазимова, Ф.Л. Мирсалихова,
С.А. Гуломов, 2006 йил Мухаммедова М.С.



**Болалар стоматологияси кафедраси ходимлари академик
Т.А. Даминовни 70 ёшлик юбилейлари билан табрикلامокдалар.**

2006 йил сентябрида болалар терапевтик стоматологияси кафедраси тугатилиб, унинг асосида болалар стоматологияси кафедраси қайта ташкил қилинди. Янги кафедрага стоматологик касалликлар профилактикаси, болалар пропедевтик стоматологияси ва болалар госпитал стоматологияси, болалар жаррохлик стоматологияси ва тиббий педагогика факультети талабаларига стоматология фанларини ўқитиш юклатилди. Кафедра мудири этиб, проф. М.И. Азимов сайланди. Кафедра 30 ўринлик стационар (болалар юз жағ хирургия бўлими) ва болалар терапевтик стоматология поликлиникасига эга бўлиб, стоматология факультети 3,4,5 курслари ва тиббий педагогика факультети 5 курси талабаларига дарслар олиб борилди.

Ўқув услубий ишларни такомиллаштириш борасида қатор ишлар олиб борилди. Ягона методиктизимда ўқитишни ташкил қилиш учун услубий қўлланмалар янгида ишлаб чиқилди. Фанларни ўқитиш ишчи дастурлари тузилди. Болалар стоматологияси фанидан магистратура дастури янгиланди. Бакалаврият фанларини мажмуавий дастурлари, магистратура дастури билан мувофиқлаштирилди. Шу билан бир вақтда кафедрада илмий ишларга ҳам эътибор кучайтирилди. Жумладан болалар терапевтик стоматологияси йуналишида проф. О.С. Йулдашханова раҳбарлигида номзодлик диссертацияларни Н. Нурматова (2007), А.А. Давлятова (2008), С.С. Муртазаев (2009), Ж.Р. Абдуллаева, С.С. Ғуломов (2010)

докторлик диссертациясини ҳимоя қилдилар. Жаррохлик стоматологияси бўйича Р.А. Амануллаев (2005), Азиз Азимов (2007), Ф.Т. Махкамova (2008), З.А. Ходжаева (2010), Ф. Камилова (2010), А.А. Абдукадиров (2009), С.М. Муртазаев, А.И. Хасанов (2010), Ш.Т. Шакиров (2011) докторлик ва номзодлик диссертацияларни ҳимоя қилдилар.

Стоматология факультетига талабалар қабули қисқарганлиги сабабли бир неча йил давомида қатор ходимлар бошқа ишларга ўтиб кетдилар ёки нафақа ёшига етиб кафедра сафидан чиқдилар.

2012 йилда мудири этиб проф. М.З. Дусмухамедов тайинланди.

2014-2015 ўқув йилида Тошкент давлат стоматология институти ташкил этилиши муносабати билан болалар стоматологияси кафедраси 2 кафедрага бўлинди: стоматологик касалликлар профилактикаси (3-4 курс талабалари учун) ва болалар терапевтик стоматологияси (5 курс талабалари учун).

Стоматологик касалликлар профилактикаси кафедраси таркиби:

Доц. Даминова Ш.Б. – кафедра мудири, доцентлар: Халилов И.Х., Худанов Б.О., Мирсалихова Ф.Л., Мухамедова М.С., Рахматуллаева Д.У., ассистентлар: Исаходжаева Х.К., Тураев К.И., Хасанов Э.Т., Махсумова И.Ш., Холматова З.Д., Абдиримова Г.И., Маткулиева С.Р., Абдурахимова Ф.А., Ахмедов А.А., Разокова Н.Б., Латипова Д.И.



Даминова Шахноза Бадриддиновна 2014 йилдан бошлаб стоматологик касалликлар профилактикаси кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, доцент (кафедрада 18 йилдан бери фаолият олиб бормоқда). Даминова Шахноза Бадриддиновна 1972 йилда туғилган. 1994 йилда Тошкент давлат тиббиёт институтини тамомлаган. Номзодлик диссертациясини 2002 йилда 14.00.21 – стоматология ихтисослиги бўйича “Обоснование профилактики кариеса зубов у детей в зависимости от уровня кариес резистентности” мавзусида номзодлик диссертациясини ҳимоя қилган. 2018 йилда 14.00.21 – стоматология ихтисослиги бўйича “Прогнозирование, лечение и профилактика стоматологических заболеваний у детей с хроническим гепатитом В” мавзусида тиббиёт фанлари бўйича фан доктори (DSc) диссертациясини ҳимоя қилган. Унинг раҳбарлигида кафедрада “Тиш, пародонт ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликларини даволашнинг янги усуллари ишлаб чиқиш ва тадбиқ этиш” каби етакчи мавзулар асосида илмий-текшириш ишларини олиб боради.

Даминова Ш.Б. раҳбарлигида 1 та докторлик илмий иши ҳимояланган, 4 та магистр ва 6 та клиник ординаторларга раҳбарлик қилган. 3 та дарслик, 3 та ўқув қўлланма, 6 дан ортиқ ўқув услубий ва ўқув қўлланмалар, 50 дан ортиқ илмий мақолалар, 60 дан зиёд тезислар ва 2 та патент муаллифи. Даминова Ш.Б. раҳбарлигида 2017 йилдан бошлаб COLGATE компанияси кўмагида Тошкент шаҳри ва Тошкент вилоятининг ўрта таълим мактабларида «Бир умрга ёрқин табассум» шиори остида халқаро болалар дастури иш бошлади. Ҳар йили кафедра профессор-ўқитувчилари, шунингдек, 3, 4, 5 курс талабалари, магистр ва клиник ординаторлар ушбу дастурда фаол иштирок этиб болаларни ёшлик даврдан бошлаб оғиз бўшлиғини тўғри парвариш қилиш борасида мустаҳкам кўникма ҳосил қилишда ёрдам бериб келишмоқда.

Даминова Шахноза Бадриддиновна DSc.27.12.2017.Tib.59.01 Илмий Кенгаш қошидаги Илмий семинарнинг, ТДСИ муаммолар кенгашининг, ТДСИ Институт Кенгашининг аъзоси, ҳамда болалар стоматологияси йўналиши бўйича монотематик кенгаш раиси лавозимида фаолият олиб боради



Доцент Халилов Иброхим Халилович 1949 йилда туғилган. 1973 йилдан ҳозирги кунгача кафедрада фаолият олиб бормоқда. 1992-йилдан болалар стоматологияси кафедраси доценти. 2014 й.-х.в. – Тошкент давлат стоматология институти стоматологик касалликлар профилактикаси кафедраси доценти. 100 дан ортиқ илмий мақолалар, 3 та дарслик, 6 та ўқув қўлланма, 50 дан ортиқ ўқув услубий қўлланма ва 1 та патент муаллифи.



Мирсалихова Фируза Лукмоновна тиббиёт фанлари доктори, доцент. 2004 йил 14.00.21 – стоматология ихтисослиги бўйича “Сроки прорезывания и минерализации первых постоянных моляров у детей” мавзусида номзодлик диссертациясини ёқлаган.

2018 йилда 14.00.21 – стоматология ихтисослиги бўйича “Обоснование комплексной программы профилактики и лечения кариеса зубов у детей младшего школьного возраста” мавзусида докторлик диссертациясини ёқлаган. 80 дан зиёд илмий мақолалар, 5 та дарслик, 10 дан ортиқ ўқув услубий қўлланмалар, 2 та патент, 1 та монография муаллифи. 6 та магистр ва 6 та клиник ординаторларга раҳбарлик қилган.

Ҳозирда 2 та мустақил изланувчига илмий раҳбарлик қилиб, ҳимояга тайёрламоқда. Кафедрада илмий ишларга жавобгарлик вазифасини олиб бормоқда.



световой флюоросценции» илмий лабораторияга раҳбарлик қилади.

Худанов Бахтинур Ойбутаевич тиббиёт фанлари доктори, доцент. 2014-2018 йй. Тошкент давлат стоматология институти ҳалқаро алоқалар бўлими бошлиғи лавозимида фаолият юритган. 2014 йилдан кафедра доценти, 2018 йилдан ҳозирги вақтгача Инновацион ривожланиш вазирлиғи соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантириш бўлими бошлиғи, таълим ва соғлиқни сақлашга инновацияларни жорий этиш ҳамда тадқиқ қилиш бошқармаси бошлиғи лавозимида ишлаб келмоқда. 70 дан ортиқ илмий мақолалар, 3 та дарслик, 6 та ўқув қўлланма, 10 дан ортиқ ўқув услубий қўлланма муаллифи, ҳамда 2 та патент, 4 грант раҳбари. Доцент Худанов Б.О. кафедра қошидаги «QLF-количественной



Мухамедова Малика Сагдуллаевна тиббиёт фанлари номзоди, доцент. 2002 йилдан бери кафедрада фаолият олиб боради.

2006 йил 14.00.21 – стоматология ихтисослиғи бўйича “Клинико-лабораторное обоснование препарата “Цитеал” при остром герпетическом и кандидозном стоматите у детей” мавзусида номзодлик диссертациясини химоя қилган. 30 дан зиёд мақолалар, 3 та дарслик, 10 дан зиёд тезислар муаллифи. Магистратура талабаларининг магистрлик диссертациясига ва клиник ординаторларига раҳбарлик қилиб келмоқда. Кафедрада 4-курс бўйича ўқув ишлари ва ходимларнинг малака ошириш ишларига жавобгарлик вазифасини олиб бормоқда.



Рахматуллаева Дилноза Уткуровна тиббиёт фанлари номзоди, доцент. 2009 йилда 14.00.21 – стоматология ихтисослиғи бўйича “Кўп болали оилалардаги мактабгача ёшдаги болаларда тиш кариесининг бирламчи профилактикасини асослаш” мавзусида номзодлик диссертациясини химоя қилган. Рахматуллаева Д.У. томонидан 20 дан зиёд илмий мақолалар, 2 та дарслик, 30 дан зиёд тезислар, 1 та патент ва 10 дан зиёд ўқув услубий қўлланмалар чоп этилган. Магистратура талабаларининг магистрлик диссертациясига ва клиник ординаторларига раҳбарлик қилиб келмоқда. Стоматологик касалликлар профилактикаси кафедрасида ўқув ишларига жавобгарлик вазифасини олиб бормоқда. Институтда болалар стоматологияси факультети котибаси, 2017 йилдан бери ТДСИ “мутахассислик фанлар бўйича” ЯДА бўйича маъсул котиб сифатида фаолият олиб боради.



Абдуллаев Жаҳонгир Равшанович, ассистент. Кафедрада 1999 йилдан бери фаолият олиб бормоқда. 2009 йилда 14.00.21 – стоматология ихтисослиғи бўйича “Ранняя диагностика и лечение хронического катарального гингивита у детей” мавзусида номзодлик диссертациясини ёклаган. 10 дан зиёд мақолалар, 20 дан зиёд тезислар ва 2 та дарслик муаллифи.



Махсумова Ирода Шавктовна, ассистент. Кафедрада 2014 йилдан бери фаолият олиб боради. Ҳозирда 14.00.21 стоматология ихтисослиғи бўйича “Комплексное лечение острого герпетического стоматита у детей” мавзусида фалсафа докторлик (PhD) диссертация устида илмий изланишлар олиб бормоқда. 10 дан зиёд мақолалар ва 30 дан зиёд тезислар, 1 та ўқув қўлланма, 5 та ўқув услубий қўлланма ва 2 та услубий тавсияномалар муаллифи.

Стоматологик касалликлар профилактикаси кафедрасида хорижий ҳамкорлик йўлга қўйилган бўлиб, Малайзиянинг Малая Университети, БААнинг Dubai ADEE-Dental expo and Conference, Волгоград давлат тиббиёт университети, Ёнсей университети стоматология Колледжи (Корея, Сеул), Бельгиянинг Брюссель эркин университети, Санкт-Петербург давлат тиббиёт университети, Козоғистон-Россия тиббиёт университети билан ҳамкорлик ишларини олиб борилмоқда ва институтлараро меморандум имзоланган.

Хамкорлик ишларидан фото лавҳалар



Кафедра ҳаётидан лавҳалар.





Кафедрада устоз-шогирд анъаналари кенг йўлга қўйилган.





Кафедранинг «Бир умрга ёркин табассум» акциясида иштироки.



Кафедра ходимлари оммавий-ахборот воситаларида, стоматологик касалликлар профилактикаси мавзусида мунтазам равишда қатнашиб, аҳоли ўртасида соғлом турмуш тарзини тарғибот қиладилар.



Стоматологик касалликлар профилактикаси кафедраси ходимлари.



Кафедра ходимлари профилактик тадбирда.



Доцент Махсумова С.С. қозғистонлик талабаларга маъруза ўқимокдалар.



Стоматологик касалликлар профилактикаси кафедраси ходимлари Санкт-Петербургдаги стоматологларнинг халқаро конференцияда.



ЖАРРОХЛИК СТОМАТОЛОГИЯ ВА ДЕНТАЛ ИМПЛАНТОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ ТАРИХИ

Азимов А.М., Содиқова Х.Қ.

Тошкент давлат стоматология институти

Жаррохлик стоматология ва дентал имплантология кафедраси Тошкент давлат стоматология институти қошида 2014 йилда ташкил этди. Ташкил топган вақтида кафедра таркиби 8 кишидан иборат бўлган: Кафедра мудири - Қудратов Ш.Ш., доцентлар: Муртазаев С.М., Содиқова Х.Қ., Ярмухамедов Б.Т. ассистентлар: Шокиров Ш.Т., Нормаматов Б.М., Дустмухамедов Д.М., лаборант: Назаров З.З.

Тиббиёт фанлари номзоди, доцент Қудратов Шухрат Шералиевич 1993-1998 йиллари Биринчи Тошкент давлат тиббиёт институти талбаси бўлган.

1998-2000 йй. - Биринчи Тошкент давлат тиббиёт инситути «Жаррохлик стоматология» кафедраси клиник ординатори. 2000-2001 йй. - Биринчи Тошкент давлат тиббиёт инситути «Жаррохлик стоматология» кафедраси катта лаборанти

2001-2004 йй.-Биринчи Тошкент давлат тиббиёт инситути «Жаррохлик стоматология» кафедраси аспиранти

2004-2005 йй.-Биринчи Тошкент давлат тиббиёт инситути «Жаррохлик стоматология» кафедраси ассистенти



2007 й номзодлик диссертациясини химоя қилган.

2005-2014 йй.-Тошкент тиббиёт академияси «Жаррохлик стоматология»кафедраси ассистенти

2014-2014 йй.-Тошкент тиббиёт академияси «Жаррохлик стоматология»кафедраси катта ўқитувчиси

2014 й.-2018 йй. -Тошкент давлат стоматология институтининг ”Хирургик стоматология ва дентал имплантология” кафедраси мудири

2018 йилда кафедра мудири Қудратов Ш.Ш бошқа ишга, Тошкент давлат стоматология институтининг Малака ошириш кафедраси хирургик стоматология йўналиши мудирилигига ўтганлиги сабабли кафедра мудири этиб т.ф.н., Хасанов Шухрат Махмудович тайинланди.



1987-1992 йй. - Биринчи Тошкент давлат тиббиёт институти талабаси

1992-1994 йй. - Биринчи Тошкент давлат тиббиёт институти болалар юз жағ – жаррохлик стоматология кафедрасининг клиник ординатори

1994-1997 йй. - Биринчи Тошкент давлат тиббиёт институти болалар юз жағ – жаррохлик стоматология кафедрасининг аспиранти

1997-2000 йй. - Биринчи Тошкент давлат тиббиёт институти болалар юз жағ жарохлак стоматология бўлими шифокор ординатор

2000-2005 йй. - Биринчи Тошкент давлат тиббиёт институти болалар юз жағ жаррохлик стоматологияси бўлимида бўлим мудири

2005-2015 йй. - Тошкент тиббиёт академияси 3- клиникаси болалар юз - жағ жаррохлик стоматологияси бўлим мудири

2015 -2016йй. - Тошкент давлат стоматология институти клиникаси болалар юз-жағ жаррохлик бўлими шифокори

2015- 2017йй. - Тошкент давлат стоматология институти стоматология ва юз-жағ жаррохлиги илмий-амалий маркази малака ошириш ва қайта тайёрлаш бўлими катта илмий ходими

2017-2018йй. - Тошкент давлат стоматология институти стоматология ва юз-жағ жаррохлиги илмий-амалий маркази директор муовини

2018- 2022йй. - Тошкент давлат стоматология институти хирургик стоматология ва дентал имплантология кафедра мудири

2022 йилда Хасанов Ш.М. Болалар жаррохлик стоматология кафедраси доценти сифатида иш фаолиятини давом эттирмоқда.





1996-2002 йй. – Тошкент давлат тиббиёт институти талабаси

2002- 2004 йй. – Тошкент давлат тиббиёт институти хирургик стоматология мутахассислиги бўйича клиник ординатура

2004-2007 йй. - Тошкент давлат тиббиёт институти хирургик стоматология кафедраси аспиранти.

2007 й номзодлик диссертациясини химоя қилган.

2019-й 2021.-Тошкент давлат стоматология институти хирургик стоматология ва дентал имплантология кафедраси ассистенти

2021-й 2022й.-Тошкент давлат стоматология институти хирургик стоматология ва дентал имплантология кафедраси доценти

2022 й докторлик диссертациясини (DSc) химоя қилган.

2022 й. х.в. -Тошкент давлат стоматология институти хирургик стоматология ва дентал имплантология кафедраси мудири.

А.М. Азимов бошчилигида 1 та (DSc) докторлик ва 1 та таянч докторант (PhD) химоя қилди. 5та магистр 10 дан ортик клиник ординаторларга раҳбарлик қилди .3 та дарслик, 1та ўқув қўлланма 2 та монография, 60 дан ортик мақола ва тезислар чоп этди.



Кафедра профессори: Сувонов Қайим Жахонович 1988 йили Тошкент давлат тиббиёт институти стоматология факултетини тамомлаб шу институт клиникаси болалар хирургик стоматология поликлиникасида интернатура, ва клиник-стажер бўлган.

1990-1995 йилларда Республика болалар юз-жағ соҳаси патологиялари марказ мудири, 1995-1997 йилларда ТошДавМи 2-клиникаси болалар жаррохлиги ва ортодонтия поликлиникасида директор муовини лавозимларида ишлаган.

1997-2003 йилларда Кибрай тумани стоматология поликлиникасида хирург-стоматолог, 2003 - 2007 йилларда ТошДавМи 3-клиникаси қабул бўлимида навбатчи хирург-стоматолог бўлиб ишлаган.

2007-2014 йилларда Тошкент тиббиёт академияси болалар жхирургик стоматология кафедрасида ассистент бўлиб ишлаб 2009 йили номзодлик диссертациясини ёқлади.

2015 йили Ўзбекистон Республикаси санитария, гигиена ва касб касалликлари илмий текшириш институтида докторантурасига кириб 2018 йили докторлик диссертациясини ёқлаган.

Қ.Ж. Сувонов бошчилигида 1 та (DSc) докторлик ва 1 та фалсафа доктори (PhD) химоя қилиш арафасида. 8 та магистр 15 дан ортик клиник ординаторларга рахбарлик қилган.

Қ.Ж. Сувонов 3 та дарслик, 6 та ўқув қўлланма 9 та монография, 7 та ўқув-услубий қўлланма ва 100 дан ортик мақола ва тезислар авторидир.



Садикова Хуршида Қобиловна 1953-йил 5 январда Тошкент шаҳрида тугилган. Мактабни олтин медал билан тамомлаб, 1970 йилда Тошкент Давлат Тиббиёт институтининг стоматология факултетига ўқишга кирган. Институтни 1975 йилда тугатгандан сўнг топшириғига кўра у касалхонанинг терапевтик стоматология бўлимига катта лаборант сифатида қолдирилди.

1976 йилдан 1977 йилгача Госпитал терапевтик стоматология клиникасида ординатор бўлиб иш юритган, 1977 йилдан 1980 йилгача Болалар стоматологияси клиникаси шифокори.

1980 йилдан жарроҳлик стоматология кафедраси ассистенти лавозимида илмий ва амалий фаолиятини давом эттирди.

Х.К.Садикова факултет ва университетнинг ижтимоий ҳаётида фаол иштирок этади. 1982 йилдан 1992 йилгача Стоматология факултети Хотин-қизлар кенгаши раиси, касаба уюшма кўмитаси а'зоси бўлган.

1991 йилда Москва шаҳрида профессор Э.У. Махкамов (Тошкент) ва В.В. Паникаровский (Москва) нинг илмий раҳбарлигида “Юз-жаг соҳаси нейрофиброматозининг клиникаси, даволаш ва морфологик тавсифи” мавзусида тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасини олиш учун номзодлик диссертациясини химоя қилган.

1992 йилда 1-Тошкент Давлат тиббиёт институти жарроҳлик стоматология кафедраси доценти лавозимида сайланган.

Доцент Х. Қ. Садикова жарроҳлик стоматологиясининг илмий, амалий ва ўқув муаммоларига бағишланган 150 дан ортик нашр этилган ишлар муаллифи бўлиб, улардан 12 таси хорижий мамлакатларда нашр этилган. Тиббиёт олий ўқув юртлирининг стоматология факултети талабалари учун жарроҳлик стоматологияси бўйича 3 та дарслик, 6 та ўқув қўлланма ва 10 дан ортик ўқув қўлланмалар муаллифи.

Хуршида Қобиловна илмий-педагогик фаолиятини ижтимоий иш билан уйғунлаштириб келмоқда. Узоқ йиллар, 12 йилдан ортик стоматология факултетининг “Ма’навият ва маданият” бўйича декан муовини лавозимида ишлаб, ёшлар тарбиясига катта ҳисса қўшди.

Кўп йиллик самарали меҳнати ва ташкилотчилик қобилияти учун доцент Х.К. Садикова институт, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш ва Маданият вазирликларининг кўплаб дипломлари билан тақдирланган. 2019 йил “Йилнинг энг яхши доценти” унвони билан тақдирланди ва фахрий 1-ўринни қўлга киритди. Доцент Х.К. Садикова “Адолат” СДП фаол а'зоси эди.

1997 йилда Халқаро стоматологлар конгрессида (Туркия, Анталия), 1999 йил Имплантологлар конгрессида (Корея, Сеул 2016), Имплантологлар конгрессида (Таиланд, Бангкок 2017) (Португалия, Лиссабон 2018) иштирок этди. «Мед Унион» тиббий илмий-амалий журнали таҳририяти а'зоси.

Доцент Х.Қ. Садикова Ўзбекистон стоматологлари конгрессида ва халқаро стоматология конференцияларида фаол иштирок этади Кўплаб конференцияларда ма'рузалар билан қатнашган. Узоқ йиллар стоматология факултети муаммоли комиссияси котиби лавозимида ишлади.

Юқори малакали мутахассис, олий тоифали шифокор Х.Қ. Садикова юксак камтаринлиги, ўта инсоф ва сезгирлиги, ўзига ва бошқаларга нисбатан талабчанлиги билан ажралиб туради.

30 йилдан ортиқ Тошкент тиббиёт академияси 3-клиникаси хирургик стоматология клиникасида ўқув ва тиббий ишларга мас'ул бўлиб ишлади. Унинг илмий раҳбарлигида 37 дан ортиқ магистирлик диссертациялари ҳимоя қилинган.

2025 йилда амалий, илмий, педагогик ва ижтимоий фаолиятнинг 50 йиллиги нишонланади.



Кафедра доцентлари:



Кафедра ассистентлари

Кафедрада ананавий тарзда ҳар йили талабалар Олимпиадаси ўтказилиб келади. Дентал имплантология секциясида қатнашиш истагини билдирган талабалар сони йил сайин ортиб бормоқда.



2024 йилги олимпиада голиблари



Фахрийлари билан учрашувлар.





Хорижий хамкорлик ва конференциялар.



Хорижий хамкорлик ва конференциялар.



Кафедра ходимларини Заковат уйини иштироклари



Академик мобилик буйича алмашунув



Фахрий Академик унвонларга сазовар бўлганлар



Академик лицей ва Мактаб укувчиларини касбга йуналтириш.



Тугарак фаолияти

**ТУҒМА ЦИТОМЕГАЛОВИРУС МАВЖУД БОЛАЛАРДА ГЕРПЕТИК
СТОМАТИТЛАРНИ ТЕКШИРИШ БЎЙИЧА ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА
УСУЛЛАРИНИНГ ТАВСИФИ**



Каримова Н.Ю., Шарипова Г.И.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Тадқиқот даврида туғма цитомегаловирус мавжуд болалар Бухоро вилоят ихтисослаштирилган болалар стоматология марказида 2020–2023 йилларда олиб борилган ва Бухоро шаҳар, туман поликлиникаларида яшаш манзили бўйича “Д” ҳисобда бўлган, жами 475 нафар туғма цитомегаловирус инфекцияси аниқланган болалар текширилди. Шулардан тадқиқот мақсадида асосий гуруҳда 132 нафар туғма цитомегаловирус

мавжуд герпетик стоматит билан оғриган 3-12 ёшли болалар (59 нафар ўғил болалар, 73 нафар қиз болалар), таққослаш гуруҳда 72 нафар герпетик стоматит мавжуд, лекин цитомегаловирус мавжуд бўлмаган болалар ҳамда назорат гуруҳи учун 30 нафар соғлом болалар ажратиб олинди. Жами 475 нафар болалар орасида асосий касаллик фонидан ташқари бир неча ёндош касалликлари мавжуд болалар аниқланди (1-жадвал).

1-жадвал

Жами текширилган болаларда учраган ёндош касалликлар

Соматик касалликлар	Болалар сони	
	мут. сони	%
ЛОР-органлари касалликлари	69	2,74±2,01
Юрак қон томир касалликлари	8	1,37±2,25
Ошқозон-ичак касалликлари	304	51,89±2,61
Буйрак-тош касалликлари	13	2,23±2,30
Қалқонсимон без касалликлари	81	6,52±1,71

Тадқиқот гуруҳларига танлаб олинган болалар орасида асосий касаллик фони, лор органлари касалликлари, юрак-қон томир касалликлари, ошқозон-ичак касалликлари, буйрак-тош касалликлари ва қалқонсимон без касалликлари билан оғриган болалар мавжуд бўлди. Тадқиқотда танлаб олинган

цитомегаловирус мавжуд 3 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларда герпетик стоматитлар хавфи юқори, деб ҳисобланган. Тадқиқот давомида болаларнинг ёш даражаларига бўлиб ўрганилди (Гундобина 2018 йилги классификациясига асосан) (2-жадвал).

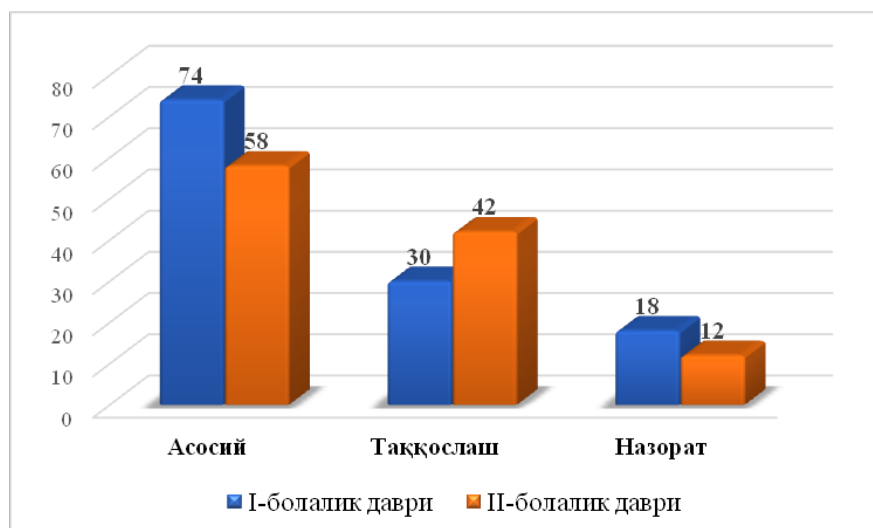
Тадқиқот давомидаги цитомегаловирус мавжуд болаларнинг ёш даражалари

Ёши	Асосий гуруҳи	
	Бола сони	%
Биринчи болалик даври	74	56,06±3,45
Иккинчи болалик даври	58	43,94±3,87
Жами	132	100,0
Ёши	Таққослаш гуруҳи	
	Бола сони	%
Биринчи болалик даври	30	41,66±1,45
Иккинчи болалик даври	42	58,34±0,87
Жами	72	100,0
Ёши	Назорат гуруҳи	
	Бола сони	%
Биринчи болалик даври	18	60,00±0,24
Иккинчи болалик даври	12	40,00±0,07
Жами	30	100,0

3 ёшдан 7 ёшгача бўлган ёш гуруҳини 74 нафар (56,6±3,45%) биринчи болалик даври, 8 ёшдан 12 ёшгача бўлган ёш гуруҳини 58 нафар (43,94±3,87%) иккинчи болалик даври ташкил қилди ва тадқиқот давомида кузатув гуруҳи диапазонида асосий гуруҳни ташкил қилди.

Тадқиқотга киритилган, барча болалар 3 та катта гуруҳга бўлинди. Тадқиқот давомидаги барча текширилган болаларнинг жинс бўйича ҳам бўлиб ўрганилди.

Асосий гуруҳ цитомегаловирус мавжуд герпетик стоматит мавжуд 132 нафар болалардан ташкил топди. Таққослаш гуруҳ герпетик стоматит мавжуд цитомегаловирус мавжуд бўлмаган 72 нафар болалардан ташкил қилди. Назорат гуруҳи болалари 3-12 ёш оралиғидаги 30 нафар кўнгиллилар гуруҳидан ташкил топди. Болаларнинг гуруҳлар бўйича тақсимланиши 3-жадвалда келтирилган (расм).



Расм. Тадқиқотда текширилган болаларнинг ёш-гуруҳлари мунособати.

Тадқиқот давомида барча иштирокчилар тадқиқотни олиб боришнинг мақсади ва вазифаларини ўз ичига оловчи “Бола учун маълумотлар” билан ёзма ва оғзаки шаклда таништирилди ҳамда ўтказилаётган тажрибада иштирок этишга “тадқиқот иштирокчилари ота-оналарининг розилиги хати” шакли билан танишиб ҳар бир бола розилик билдириб, имзолади.

Тадқиқотга киритиш мезонлари

Болаларнинг тадқиқотда иштирок этишга хабардор ёзма розилиги; 3 дан 12 ёшгача бўлган болалар; Шифокор-стоматологнинг тавсияларни бажаришга тайёрлик.

Тадқиқотга киритмаслик мезонлари: Мос келмайдиган ёш гуруҳи; Жарроҳлик амалиётидан сўнг; Иммун танқислиги ҳолати, аутоиммун ва онкологик касалликлар;

Тадқиқотдан чиқариш мезонлари: Исталган босқичда тадқиқотда иштирок этишдан ихтиёрий бош тортиш; Тадқиқот даврида

соматик касалликларининг аниқланиши;

Тадқиқотнинг дизайни:

Илмий-клиник иши ихтиёрий иштирокчиларда олиб борилган обсервацияли, назорат қилинадиган, рандомизациялашмаган, проспектив, когорт тадқиқот дизайнига мувофиқ бажарилди (3-жавдал).

Туғма цитомегаловирусли болаларда герпетик стоматитларни текшириш давомида иштирокчиларда анкета “сўровнома”ни ўтказиш

Биринчи босқичда беморлар ота-оналаридан ёзма анкета сўровномаси олиб борилди. Ушбу усул ёрдамида иштирокчилар ота-оналари оғиз бўшлиғига учрайдиган стоматитлар ҳамда уларнинг давомийлиги ҳақида ёзма шикоят қилишди. Анкета касалликнинг кечиш даври белгиларини аниқлаш имконини берувчи 30 та саволдан ташкил топган сўровномани ўзида намоён этади.

3-жадвал

Туғма цитомегаловирусли болаларда герпетик стоматитларни текширишда амалга оширилган текшириш усуллари

Текшириш усуллари	Гуруҳлар		
	асосий	таққослаш	назорат
Клиник-стоматологик текширув КПУ ОHI-S (Oral Hygiene Indices-Simplified) Сўлак қовушқоқлигини аниқлаш PLI индексини аниқлаш	132	72	30
Жароҳатланган соҳаси юза диаметри ва сатҳини аниқлаш	132	72	30
Қайта цитомегаловирус таҳлили	132	72	30
Иммунологик текширув	132	72	30
Статистик қайта ишлаш усуллари	132	72	30

Анкета 1 иловада (Бухоро давлат тиббиёт институти Кенгаши томонидан тасдиқланган, №12 2022 йил 29 декабрдан), касаллар индивидуал картаси “Тадқиқотдаги болаларнинг индивидуал стоматологик текширув картаси” 2 иловада (Бухоро давлат тиббиёт институти Кенгаши томонидан тасдиқланган, №12 2022 йил 29 декабрдан ҳар бир бола учун тўлдирилди) кўрсатилган.

Асосий клиник-лаборатор тадқиқот усулларида ташқари туғма

цитомегаловирусмавжуд бўлган 132 нафар болада стоматитларнинг тарқалиши, интенсивлиги ва жадаллашуви ўрганилди. Бу болаларда, шунингдек оғиз бўшлиғида гигиена ҳолати, шунингдек бемор болалар ва уларнинг ота-оналари, ўқитувчиларнинг оғиз бўшлиғида гигиенага тўғри риоя қилиш усули бўйича билимлари аниқланди. Бажарилган катта тайёрлов ишлари ва мос келувчи ташкилий тадбирлар минимал муддатларда стоматологик кўрикларни аниқ ўтказиш

имконияти билан таъминлади. Оммавий стоматологик кўрикларнинг маълумотлари “индивидуал картаси” га киритилди. Болаларда оғиз бўшлиғи аъзоларининг текшируви умумий қабул қилинган клиник усуллар бўйича ўтказилди. Болаларнинг оғиз бўшлиғида мавжуд тишларнинг ҳолати юқори жағдан бошлаб ўнгдан чапга, кейин пастки жағда чапдан ўнгга ўрганилди.

Тишларнинг кариес билан шикастланиши пломбаланган ва олинган тишларнинг кариоз бўшлиғи мавжудлигида ташхис қилинди – КПУ. Кариес тишларнинг қаттиқ тўқималарини шикастланиш чуқурлигини ҳисобга олиб кариоз бўшлиқ ривожланишининг аниқланган клиник аломатлари асосида ташхис қилинди. Болаларнинг стоматологик кўригида кариес билан зарарланишнинг қуйидаги асосий кўрсаткичлари кўзда тутилди: интенсивлик ва интенсивлигининг ўсиши – ЖССТ номенклатурасига биноан. Интенсивлик деганда бир кишида (индекс КПУ) зарарланган тишларнинг ўртача сони кўринишида ифодаланган, тишларнинг кариес билан шикастланиш даражаси тушунилади (кариес – К.к; пломбаланган – П.п; олинган (О) ёки олиниши лозим бўлган – О.о;) Доимий тишловда КПУз (тишлар) индекси ҳисобланди. Текширилган болаларнинг барча гуруҳлари учун КПУ ўтказилган кўриклар асосида КПУ нинг ташкилий элементлари бўйича унинг кўрсаткичларини баҳолаш усулидан фойдаланилди. КПУ индексининг ташкилий элементларини ўрганиш тишларнинг ҳақиқий ҳолати ва стоматологик ёрдамни ташкиллаштириш даражаси тўғрисида аниқ ва ахборотли маълумотлар беради. Кариес интенсивлигининг ўсиши маълум кузатилган муддат ичида (1 йил ичида) кўриқдан ўтказилган бир кишининг тишларида кариес билан янги зарарланишлар ҳосил бўлиши интенсивлиги бўйича баҳоланди. Бу кўрсаткич абсолют катталикларда ҳисобланди ва “Туғма цитомегаловирусли болаларда герпетик стоматитларни индивидуал стоматологик текшириш картаси”га киритилди. Кариес интенсивлигининг характеристикаси нафақат кариоз тишларнинг сони, балки кариес билан зарарланган юзаларнинг сони асосида тўлиқ

аниқланар экан, биз барча текширилувчиларда динамикада КПУ (юзалар) индексни ўргандик. Бу кўрсаткич бўйича кариес интенсивлигининг ўсиши ҳар йили аниқланди.

Адабиётлар

1. Sharipova G.I. Discussion of results of personal studies in the use of mil therapy in the treatment of trauma to the oral mucosa // *Europ. J. Mol. Med.* – 2022. – Vol. 2, №2.
2. Sharipova G.I. The effectiveness of the use of magnetic-infrared-laser therapy in traumatic injuries of oral tissues in preschool children // *Acad. Leadership.* – 2023. – Vol:21, Issue 1.
3. Sharipova G.I. The use of flavonoid based medications in the treatment of inflammatory diseases in oral mucus // *Asian J. Pharmac. Biol. Res. India.* – 2022. – Vol. 11, №1. – P. 2231-2218.
4. Sharipova G.I. Changes in the content of trace elements in the saliva of patients in the treatment of patients with traumatic stomatitis with flavonoid-based drugs // *Journal of research in health science. Iran.* – 2022. – Vol. 6, №1-2. – P. 23-26.
5. Sharipova G.I. Paediatric Lazer Dentistry // *Int. J. Cult. Modern. Spain.* – 2022. – Vol. 12. – P. 33-37.

Аннотация. Развитие современной стоматологии повысило эффективность стоматологической помощи, выведя на высокий уровень раннюю диагностику, лечение и профилактику различных патологических состояний, связанных с полостью рта, встречающихся у населения. Поэтому были разработаны и внедрены в стоматологическую практику современные высокоэффективные методы диагностики, лечения и профилактики многих заболеваний. Однако до конца не решены вопросы лечения стоматологических заболеваний, которые сопровождаются различными бактериальными, грибковыми, особенно на фоне вирусных заболеваний. Для совершенствования лечения герпетического стоматита и ведения больных с цитомегаловирусной инфекцией проведен анализ научных источников.

Ключевые слова: цитомегаловирус, дети, соматические заболевания, возрастные группы.

Аннотацияси. Замонавий стоматологиянинг ривожланиши аҳоли орасида учрайдиган оғиз бўшлиғи билан боғлиқ турли патологик ҳолатларни эрта ташхислаш, даволаш ва профилактикасини юқори даражага чиқариб, стоматологик хизматнинг самарадорлигини оширди. Шунинг оқибатида кўплаб касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг замонавий юқори самарага эга усуллари ишлаб чиқилди ҳамда стоматологик амалиётда жорий этилди. Аммо, турли бактериал, замбуруғли, айниқса вирусли касалликлар фонида кечувчи стоматологик касалликларни даволаш масалалари охиригача ечилмай қолган. Шулар жумласига герпетик стоматитлар ҳам кириб, цитомегаловирус инфекциялари фонида кечиши, давосини такомиллаштириш бўйича илмий-тадқиқот ишини бажаришни режалаштириш мақсадида шу муаммога оид илмий манбалар таҳлилин итказиб, шарҳини келтиришни лозим топдик.

Калит сўзлар: цитомегаловирус, болалар,

соматик касалликлар, ёш гуруҳлари.

Summary. The development of modern dentistry has increased the effectiveness of dental care, bringing to a high level early diagnostics, treatment and prevention of various pathological conditions associated with the oral cavity, occurring in the population. Therefore, modern highly effective methods of diagnostics, treatment and prevention of many diseases have been developed and introduced into dental practice. However, the issues of treatment of dental diseases, which are accompanied by various bacterial, fungal, especially against the background of viral diseases, have not been fully resolved. In order to plan the conduct of research work to improve the treatment of herpetic stomatitis and its course against the background of cytomegalovirus infections, we considered it necessary to analyze scientific sources on this problem and provide an overview.

Key words: cytomegalovirus, children, somatic diseases, age groups.

УДК: 616.831-005.4-055.1-097

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ НЕЙРОН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЭНОЛАЗЫ В КРОВИ КРЫС ПОСЛЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ ТРАВМЫ СПИННОГО МОЗГА



Хикматуллаев Р.З.

Ташкентская медицинская академия

Энолаза — многофункциональный гликолитический фермент, который действует как белок, связывающий плазминоген, и, как было установлено, участвует в гипоксии и ишемии [3]. Энолаза играет множество ролей в контроле роста, гипоксии, иммунной толерантности и аллергических реакций [6]. Энолаза может стимулировать выработку иммуноглобулинов, которые, в свою очередь, могут активировать гуморальные и клеточные иммунные реакции у хозяина [4]. Содержание энолазы увеличивается после травмы, что

приводит к активации эндотелиальных клеток и нейтрофилов через активность плазмينا и активацию PAR-2 (рецептора-2, активируемого протеазой). Энолаза также была обнаружена на поверхности патогенов и активированных иммунных клеток, где она может служить рецептором плазминогена и участвовать в системной инфекции или инвазии тканей [1]. Однако в зависимости от воспалительных сигналов она может быть дифференциально локализована на поверхности клетки, способствуя развитию

ряда патологий при травме, инфекции, трансплантации и аутоиммунитете [2]. Энолаза также может действовать как белок теплового шока, поскольку она связывается со структурами цитоскелета и хроматина, и может играть решающую роль в различных патофизиологических процессах. Экспрессия и транспортировка энолазы также могут рассматриваться как маркер патологического стресса при широком спектре заболеваний [5].

Экспрессия энолазы обнаруживается по всему телу, однако, различные изоформы оказываются специфичными для тканей. Переключение с энолазы-1 (α) на энолазу-2 (γ) происходит в нейрональных клетках. Аналогично, переключение с энолазы-1 (α) на энолазу-3 (β) происходит в мышечной ткани во время развития у грызунов. Недавние исследования показывают, что уровни γ -энолазы или нейронспецифической энолазы (NSE) в спинномозговой жидкости (CSF) могут быть полезным диагностическим биомаркером, способным предсказывать полные или неполные повреждения спинного мозга у людей.

При исследовании травм головного мозга также обнаружено увеличение NSE в CSF и периферической крови, причем это увеличение коррелирует с тяжестью травмы. Энолаза экспрессируется в астроцитах и олигодендроцитах (OLG) и оказывает аутокринное и паракринное действие на глию, нейроны и микроглию. Повышенные уровни NSE также токсичны и могут стимулировать экспрессию провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , ИЛ-6 и TNF- α), вызывая апоптоз в нейрональных клетках. Поверхностная энолаза на моноцитах/макрофагах, микроглии и астроцитах может индуцировать активные формы кислорода (ROS), оксид азота (NO), а также воспалительные цитокины (ИЛ-1 β , TGF- β и TNF- α) и хемокины (MCP-1, MIP-1 α) и может модулировать различные клеточные события при вторичном повреждении после травмы спинного мозга (TCM).

Цель исследования

Оценка динамики содержания нейронспецифической энолазы в острый и подострый периоды травмы спинного мозга

при его моделировании в эксперименте.

Материал и методы

Эксперименты выполнены на 180 беспородных половозрелых крысах-самцах массой 200-230 г на модели травмы позвоночника, которую воспроизводили согласно модификации стандартной модели контузионной травмы спинного мозга средней степени тяжести (Кубрак Н.В., Краснов В.В., 2015). Содержание животных, оперативные вмешательства и вывод из эксперимента осуществляли на основе этических принципов, декларированных Европейской конвенцией по защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и иных целей. Животные содержались в виварии при свободном доступе к пище и воде и естественной смене дня и ночи. Эксперименты проводились в условиях спонтанного дыхания и температуры окружающей среды 24-25°C.

Животные были разделены на три группы: контрольная группа – 6 животных, которые содержались в условиях вивария в течение всего эксперимента при температуре 22°C. 2-я группа – 20 животных, поясничный отдел позвоночника которых был травмирован грузом массой 250 г с высоты 20 см. В 3-ю группу входили 20 животных, поясничный отдел позвоночника которых был травмирован грузом массой 250 г с высоты 40 см.

Забор венозной крови у животных проводили путем венепункции. Полученные образцы крови центрифугировались и замораживались при температуре -32°C. Концентрация нейрон-специфической энолазы в сыворотке определялась методом иммуноферментного анализа с использованием стандартных тест-систем (Fujirebio).

Полученные результаты обработаны параметрическими и непараметрическими методами статистики с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 с представлением изучаемых количественных признаков в формате: медиана (Me), 95% доверительный интервал (ДИ) [Реброва О.Ю., Statistica]. Сравнительный анализ двух независимых групп по количественному признаку выполнялся с помощью U-критерия Манна – Уитни. Корреляционный анализ

изученных показателей проводился с использованием непараметрического метода Спирмана. Различия показателей считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования

В результате проведенного исследования у всех крыс в течение первых 5 суток не отмечалось статистически значимых изменений концентрации нейроспецифических белков NSE в плазме крови. При моделировании локального компрессионного повреждения спинного мозга у всех экспериментальных животных контрольной группы в первые сутки отмечалось значительное возрастание уровня нейроспецифической енолазы до $115,2 \pm 34,3\%$ от исходного уровня ($p < 0,01$).

В отличие от крыс контрольной группы, уровень белков NSE в сыворотке и спинномозговой жидкости (СМЖ) через 2 часа после травмы значительно увеличился ($p < 0,05$), достигнув максимума через 6 часов. В течение определенного временного окна уровень белков NSE в сыворотке и СМЖ был

тесно связан с тяжестью травмы ($p < 0,05$). Содержание белков NSE в сыворотке и СМЖ после экспериментальной травмы спинного мозга в зависимости от времени значительно увеличилось и, таким образом, может считаться специфическими биомаркерами острой травмы спинного мозга (рис. 1, 2).

В ходе эксперимента изменения уровня белка NSE в сыворотке были аналогичны изменениям, произошедшим в СМЖ. В контрольной группе уровень NSE оставался низким во всех временных точках. Через 30 минут после травмы уровень NSE во всех трех группах TCM не отличался существенно от контроля ($p > 0,05$). Через 2 часа уровень NSE значительно отличался в группе TCM и контрольной группе ($p < 0,05$). Через 6 часов уровень NSE у животных со средней и тяжелой TCM был значительно выше, чем в группе с легкой TCM ($p < 0,05$). Содержание NSE в группе с тяжелой TCM было значительно выше, чем в группе со средней TCM через 6 и 12 часов ($p < 0,05$).

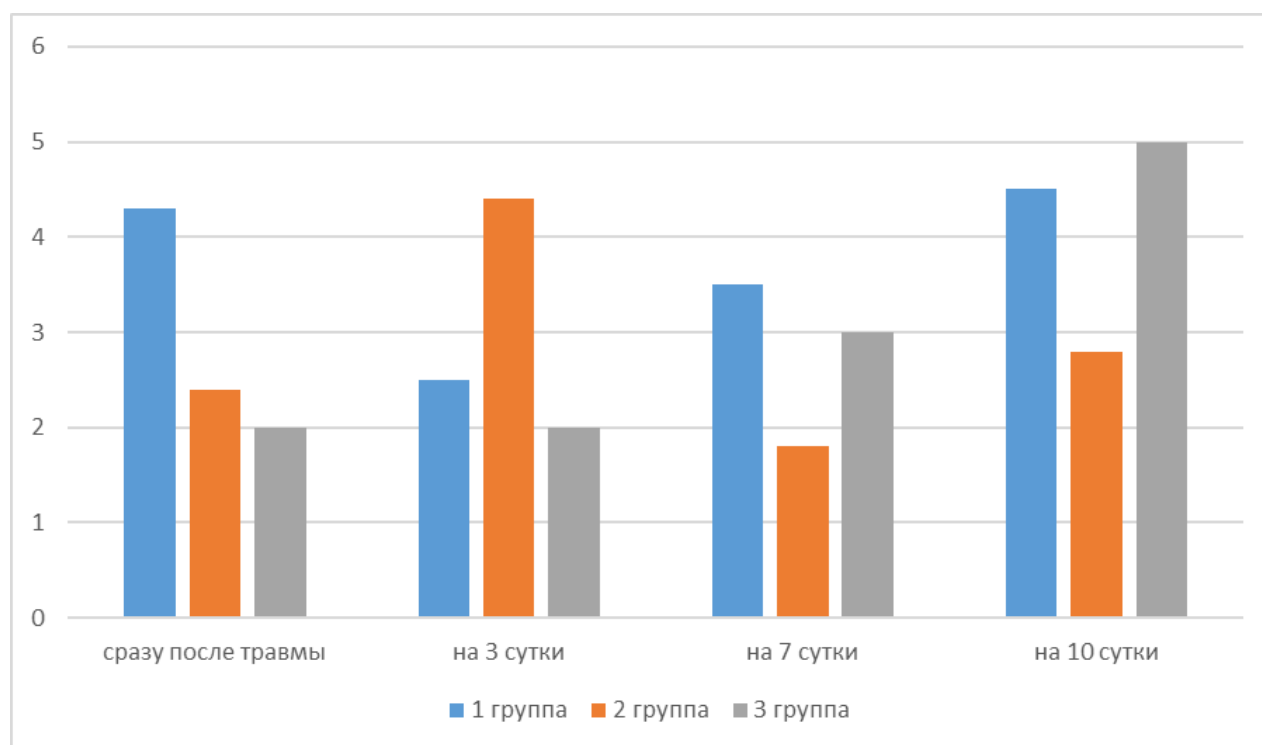


Рис. 1. Содержание нейрон-специфической енолазы в крови крыс после моделирования травмы спинного мозга в эксперименте.

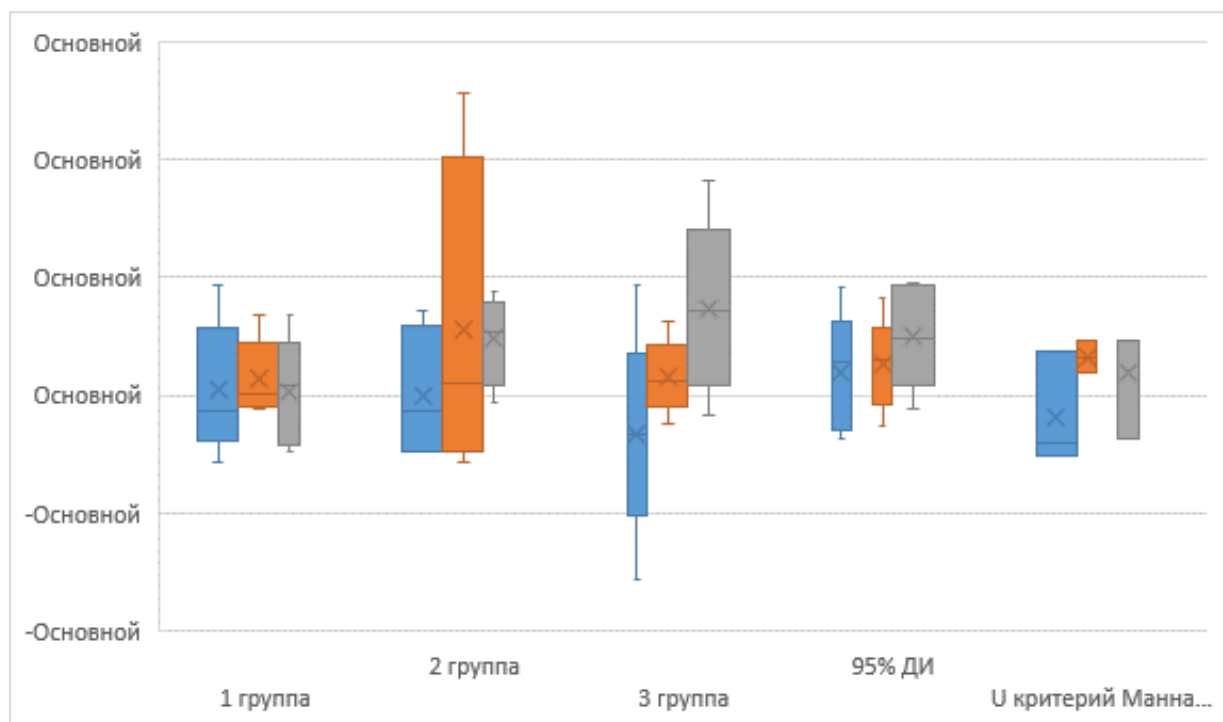


Рис. 2. Средние непараметрические данные по нейрон-специфической эналазе у крыс трех групп с определением 95% ДИ.

Обсуждение и заключение

Острая травма спинного мозга является распространенной причиной смертности и заболеваемости. Многочисленные невропатологические, нейроэндокринологические и нейробиологические изменения происходят во время острой фазы ТСМ. Успешное лечение ТСМ требует соответствующего диагностического стандарта для острой фазы после травмы. Неврологические обследования дают общее представление о неврологической функции спинного мозга, но ненадежны, особенно во время острой фазы (первые 24 часа) после ТСМ из-за спинального шока у многих пациентов. Нейрофизиологические исследования, такие как измерение соматосенсорных вызванных потенциалов и двигательных вызванных потенциалов, редко проводятся в острой фазе из-за их низкой чувствительности в это время. МРТ, хотя все еще считается «золотым стандартом» для анатомической диагностики ТСМ, не может отличить некроз нейронной ткани от отека. Исследование биомаркеров сыворотки обеспечивает количественный подход для оценки повреждений тканей

в реальном времени и, таким образом, полезно для постановки клинических диагнозов. Например, измерение уровня нейрон- или астроглиальных белков в крови или спинномозговой жидкости считается чувствительным способом оценки тяжести травмы спинного мозга.

Выводы

1. В последнее время NSE привлекли внимание как потенциально полезные диагностические биомаркеры травмы спинного мозга. Идеальный биомаркер должен быть исключительно внутриклеточным и присутствовать в высоких концентрациях.

2. Цитоплазматический фермент NSE обычно обнаруживается в нейронах и нейроэндокринных клетках.

Литература

1. Amoo M., Henry J., O'Halloran P.J. et al. S100B, GFAP, UCH-L1 and NSE as predictors of abnormalities on CT imaging following mild traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy // *Neurosurg. Rev.* – 2022. – Vol. 45, №2. – P. 1171-1193.
2. Bassa A., Sagués T., Porta-Casteràs D. et

al. The neurobiological basis of cognitive side effects of electroconvulsive therapy: a systematic review // *Brain. Sci.* – 2021. – Vol. 11, №10. – P. 1273.

3. Garcia-Alix A., Arnaez J. Value of brain damage biomarkers in cerebrospinal fluid in neonates with hypoxicischemic brain injury. *Biomark Med* 2022.

4. Lehrer S., Rheinstein P.H. Vaccination reduces risk of Alzheimer's disease, Parkinson's disease, and other neurodegenerative disorders // *Discov. Med.* – 2022. – Vol. 34 (172). – P. 97-101.

5. Skogman B.H. Brain damage markers neuron-specific enolase (NSE) and S100B in serum in children with Lyme neuroborreliosis-detection and evaluation as prognostic biomarkers for clinical outcome // *Europ. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* – 2022. – Vol. 41, №7. – P. 1051-1057.

6. Wu X.Q., Zhang X.L., Wang Y.P. et al. Peroxiredoxin 6 protects against oxidative stress and apoptosis in a rat model of lithiumchloridepilocarpine-induced epilepsy // *J. Biol. Regulat. Homeost. Agent.* – 2022. – Vol. 36, №4. – P. 1017-1026.

Цель: оценка динамики содержания нейронспецифической эналазы в острый и подострый периоды травмы спинного мозга при его моделировании в эксперименте. Материал и методы: эксперименты выполнены на 180 беспородных половозрелых крысах-самцах массой 200-230 г на модели травмы позвоночника, которую воспроизводили согласно модификации стандартной модели контузионной травмы спинного мозга средней степени тяжести (Кубрак Н.В., Краснов В.В., 2015). Животные содержались в виварии при свободном доступе к пище и воде и естественной смене дня и ночи. Эксперименты проводились в условиях спонтанного дыхания и температуры окружающей среды 24-25°C. Результаты: существовала значительная корреляция между неврологическим дефицитом и тяжестью повреждения спинного мозга ($p<0,05$). По сравнению с контрольной группой уровень белка NSE в сыворотке и спинномозговой жидкости значительно увеличились через 2 часа после травмы, достигая максимума через 6 часов. В течение определенного временного окна уровни белка

NSE в сыворотке и спинномозговой жидкости были тесно связаны с тяжестью уровня повреждения. Выводы: уровень белка NSE в сыворотке и спинномозговой жидкости может считаться специфическим биомаркером острой травмы спинного мозга.

Ключевые слова: нейрон-специфическая эналаза; травма спинного мозга; эксперимент; иммуноферментный анализ.

Maqsad: eksperimental modellashirish jarayonida orqa miya shikastlanishining o'tkir va subakut davrlarida neyronga xos enolaza tarkibining dinamikasini baholash. Material va usullar: tajribalar umurtqa pog'onasi shikastlanishi modeli bo'yicha 200-230 g og'irlikdagi 180 dona jinsiy etuk erkak kalamushlarda o'tkazildi, u o'rtacha og'irlikdagi orqa miya shikastlanishining standart modelining modifikatsiyasiga muvofiq ko'paytirildi (Kubrak N.V., Krasnov V.V., 2015). Hayvonlar oziq-ovqat va suvdan erkin foydalanish imkoniyatiga ega bo'lgan va tabiiy kun / tun tsikli bilan vivariumda saqlangan. Tajribalar o'z-o'zidan nafas olish va atrof-muhit harorati 24-25°C sharoitida o'tkazildi. Natijalar: nevrologik etishmovchilik va orqa miya shikastlanishining og'irligi o'rtasida sezilarli bog'liqlik bor edi ($p<0,05$). Nazorat guruhi bilan solishtirganda, qon zardobida va miya omurilik suyuqligidagi NSE protein darajasi jarohatdan keyin 2 soatda sezilarli darajada oshdi va 6 soatda maksimal darajaga yetdi. Belgilangan vaqt oralig'ida sarum va CSF NSE protein darajalari shikastlanishning og'irligi bilan chambarchas bog'liq edi. Xulosa: qon zardobida va miya omurilik suyuqligidagi NSE oqsil darajasi o'tkir o'murtqa shikastlanishning o'ziga xos biomarkeri sifatida ko'rib chiqilishi mumkin.

Kalit so'zlar: neyronga xos enolaza; orqa miya shikastlanishi; tajriba; ferment immunoassay.

Objective: To evaluate the dynamics of the neuron-specific enolase content in the acute and subacute periods of spinal cord injury during its modeling in the experiment. Material and methods: The experiments were performed on 180 outbred mature male rats weighing 200-230 g on the spinal injury model, which was reproduced according to a modification of the standard model of moderate contusion spinal cord injury (Kubrak N.V., Krasnov V.V., 2015). The animals were kept

in a vivarium with free access to food and water and a natural alternation of day and night. The experiments were carried out under conditions of spontaneous breathing and an ambient temperature of 24-25°C. Results: There was a significant correlation between the neurological deficit and the severity of spinal cord injury ($p<0.05$). Compared with the control group, the NSE protein levels in serum and cerebrospinal fluid significantly increased 2 hours after injury,

reaching a maximum at 6 hours. During a certain time window, the NSE protein levels in serum and cerebrospinal fluid were closely related to the severity of the injury level. Conclusions: The NSE protein level in serum and cerebrospinal fluid can be considered a specific biomarker of acute spinal cord injury.

Key words: neuron-specific enolase; spinal cord injury; experiment; enzyme immunoassay.

УДК: 616.89-008-071.1-08

РУҲИЙ КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИНГ ТИББИЙ ЁЗУВЛАРИДАН РЕТРОСПЕКТИВ МАЪЛУМОТЛАРНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ



Гаффаров С.А., Астанов О.М.

*Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ошириш маркази,
Бухоро давлат тиббиёт институти*

Ҳозирги кунда руҳий касалликка чалинган беморларнинг сони бутун дунё бўйича кундан кун кўпайиб бормокда. Бунинг асосий сабабларидан бири бу наркомания, алкогализм, ҳомиладорлик давридаги яллиғланиш касалликлари, жароҳатлар, стресс ва ҳоказолар. Руҳий касалликнинг кечиши билан бирга уларда ёндош касалликлар ҳам ўз таъсирини кўрсатмай қўймайди. Шу билан бирга руҳий касалликка чалинган беморлар орасида стоматологик касалликларнинг ҳам ортиб бориши бежиз эмас. Бугунги кунда стоматологик касалликлари бўлган руҳий беморларни куйидаги гуруҳларга ажратилади (Ванчакова Н.П., 2013): кайфияти билан муаммоси бўлган инсонлар (ташвиш, депрессия, ғазаб); жисмоний иллюзиялари ёки галлюцинациялари бўлган беморлар; фикрлашда муаммоси бўлган(ортиқча баҳоланган ғоялар,

шифокорлар ва тиббиёт ходимлари билан бемор орасидаги муносабатлар ҳақидаги бузуқ ғоялар); шахсиятининг бузилиш билан кечадиган беморлар шу билан бир қаторда уларда ўйлаб топган ишларида ўзини айбдор деб ҳис қиладиганлар; аклий нуқсонлари бўлган, қайсиқим оғиз бўшлиғи гигиенаси ва даволашига муҳтож бўлганлар; стоматологик даво чораларига, оғриқларига, ҳаётий чекловларга, босқичли ва ўзига хос стоматологик даволаш ва протезлашга мослашиши билан муаммоси мавжуд беморлар.

Тадқиқот мақсади

Беморларнинг касаллик тарихи асосида ўтказилган таҳлиллар орқали руҳий бузилишлар ва уларнинг сабабларини аниқлаш, диагностика ва даволаш усулларини такомиллаштириш.

Материал ва усуллар

Бу тадқиқотнинг материаллари 2021-2022-йилларда Ўзбекистон Республикаси ва Бухоро вилоятидаги психиатрия хизматларидан олинган ретроспектив маълумотларга асосланган. Тадқиқотнинг мақсади руҳий бузилишлар билан касалланган беморлар ҳақидаги маълумотларни йиғиш, таҳлил қилиш ва касалликларнинг кенг тарқалган шакллари аниқлашдир.

Маълумотларни йиғиш: Республика ва Бухоро вилоятидаги психиатрия муассасаларидан касаллик тарихи ва статистика маълумотлари йиғилган. Маълумотлар психозлар, шизофрения, эпилепсия, аклий заифлик, нопсихоз характерли бузилишлар ва амбулатор мажбурий даволаниш ҳолатларини ўз ичига олган.

Анализ усуллари: Маълумотлар статистик таҳлил учун ишлатилган, шу жумладан шифокорлар ва аҳолининг сони, мурожаатлар ва ташхисларнинг қайд этилиши, касалликлар ва стационар хизматлар учун харажатлар. Таҳлил натижалари турли йиллар ва вилоятлар кесимида қиёслаб олинган.

Таҳлил натижалари: Маълумотлар ўзгаришларини ва аҳолининг психиатрия хизматлари билан таъминланганлигини ва касалликлар бўйича статистик кўрсаткичларни таҳлил қилиш орқали касалликларнинг тарқалиш динамикаси ва касалликнинг юқори концентрацияси қайд этилган туманларда аниқланган.

Ўрганиш объектлари: Республика ва Бухоро вилоятидаги амбулатор, стационар ва кундузги стационар хизматлар, шунингдек мажбурий даволаниш билан боғлиқ статистик маълумотлар.

Ушбу методология тадқиқотнинг асосий натижалари ва аҳамиятли кўрсаткичларни тушунишга ёрдам берди, шунингдек руҳий бузилишлар учун шарт-шароитлар ва даволаш жараёнларини баҳолашда фойдаланилди.

Натижалар

Тўпланган маълумотлар таҳлиliga кўра шифокорлар штатда 1399,25; 1195,8 нафари банд; 10000 нафар аҳолининг шифокор билан таъминланганлиги 0,25; мурожаатлар сони (минг) 1891363; шулардан касаллик юзасидан 864717; ташхис илк бор қайд этилганлиги билан Д+К га олинганлар 25060; шулардан – психозлар – 4001, шизофрения – 1766, нопсихоз характерли – 11008, аклий заифлик – 6327, эпилепсия 1847; шу жумладан Бухоро вилояти ушбу кўрсаткичлар: мос равишда 65,5; 64,25; 0,25; 107853; 1466; -395, -31, -684, -252, -104; 74,2.

2022-йилда республикада психиатрия хизмати тўғрисида олинган маълумотларнинг таҳлили шуни кўрсатадики, штатда шифокорлар 1439; 1244 нафари банд; 10 000 аҳолининг шифокорлар билан таъминланганлиги 0,26; мурожаатлар сони (минг) 2261245; шулардан касаллик юзасидан 801503; ташхис илк бор қайд этилганлиги билан Д+К га олинганлар 24345; шулардан – психозлар – 3635, шизофрения – 2056, нопсихик характер – 10333, аклий заифлик – 5995, эпилепсия – 2279; шу жумладан Бухоро вилоятида ушбу кўрсаткичлар: мос равишда 64; 61,5; 0,26; 111990; 43478; -1256, -467, -28, -459, -196; 106.

Стационар хизматда: 2021-йилда Республика бўйича; ётоқ билан таъминланганлик – 8094 (100 000 аҳолига – 22,6); касалхонага ётқизиш 100 минга 246.3, шулардан “Д” ҳисобда 39,6; вафот этганлар сони 80; шу жумладан Бухоро вилоятида ушбу кўрсаткичлар: мос равишда 497; 24,2; 274,8; 30,7; 0.

Стационар хизматда: 2022-йилда Республика бўйича; ётоқ билан таъминланганлик – 8107 (100 000 аҳолига – 22,6); касалхонага ётқизиш 100 минга 253.3, шулардан “Д” ҳисобда 40,5; вафот этганлар сони 86; шу жумладан Бухоро вилоятида ушбу кўрсаткичлар: мос равишда 479; 23,8; 285,4; 32,5; 0.

Кундузги стационарлар бўйича иш: 2021-йилда республика бўйича, 10 000 аҳолига

ўрин 0,2; йил бошида 352 нафар ҳисобда; йил якунида 409 нафар ҳисобда; 142213 кун бўлган; ва меҳнатга лаёқатсизлик кунлари сони 5053; шу жумладан Бухоро вилояти бўйича ушбу кўрсаткичлар: мос равишда 0,1; - 154; -6; -8; -3452; 0.

Кундузги стационарлар бўйича иш: 2022-йилда республика бўйича, 10 000 аҳолига ўрин 0,2; йил бошида 388 нафар ҳисобда; йил якунида 301 нафар ҳисобда; бошлангандан то тугагунича 163720 кун бўлган; ва меҳнатга лаёқатсизлик кунлари сони 2976; шу жумладан Бухоро вилояти бўйича ушбу кўрсаткичлар: мос равишда 0,1; - 184; -7; -8; -3943; 0.

Амбулатор мажбурий даволанишда: республика бўйича 2021-йилда, йил бошидаги ҳолат 167 нафар; йил якунида 159 нафар; ўртача даволанишда бўлиш давомийлиги 708 кун; мажбурий даволаниш бошланганидан якунлангунча ўтган кунлар сони 35402; шу жумладан Бухоро вилояти бўйича ушбу кўрсаткичларнинг бирор ҳолати қайд этилмади.

Амбулатор мажбурий даволанишда: республика бўйича 2022-йилда, йил бошидаги ҳолат 159 нафар; йил якунида 160 нафар; ўртача даволанишда бўлиш давомийлиги 1036кун; мажбурий даволаниш бошланганидан якунлангунча ўтган кунлар сони 54882; шу жумладан Бухоро вилояти бўйича ушбу кўрсаткичларнинг бирор ҳолати қайд этилмади.

Стационар мажбурий даволаниш бўйича; республика бўйича 2021-йилда, йил бошидаги ҳолат 497 нафар; йил якунида ҳолат 530 нафар; мажбурий даволаниш бошланганидан якунлангунича бўлган кунлар сони 163737; шу жумладан Бухоро вилояти бўйича – мос равишда 14; - 12; - 3986.

Стационар мажбурий даволаниш бўйича; республика бўйича 2022-йилда, йил бошидаги ҳолат 536 нафар; йил якунида ҳолат 548 нафар; мажбурий даволаниш бошланганидан якунлангунича бўлган кунлар сони 222322;

шу жумладан Бухоро вилояти бўйича – мос равишда 12; - 16; - 6819.

Бунда, молиялаштириш – бир беморни бир кун сақлашга харажатлар, шу жумладан барча харажатлар: республика бўйича 2021-йилда, куну тун стационарлар 127881,38; кундузги стационар 29543,15; бир беморнинг терапиясини қўллаб-қувватлашга 83100,77; кундузги стационарда бир беморнинг бир куни учун дори-дармонларга 5575,89; стационарда бир беморнинг кунлик дори-дармонларига 3372,53; кундузги стационарда бир беморнинг бир кунлик озиқ-овқатларига 11357,14; стационарда бир беморнинг бир кунлик озиқ-овқатларига 17877,79; шу жумладан Бухоро вилояти бўйича – мос равишда 125780; -25227; -180022,1; -12927; -12300; -12420; -20800

Молиялаштириш – бир беморни бир кун сақлашга харажатлар, шу жумладан барча харажатлар: республика бўйича 2022-йилда, куну тун стационарлар 173462,99; кундузги стационар 44271,33; бир беморнинг терапиясини қўллаб-қувватлашга 100677,28; кундузги стационарда бир беморнинг бир куни учун дори-дармонларга 8271,36; кундузги стационарда бир беморнинг бир кунлик озиқ-овқатларига 3674,50; стационарда бир беморнинг кунлик дори-дармонларига 16259,54; стационарда бир беморнинг бир кунлик озиқ-овқатларига 16259,54; шу жумладан Бухоро вилояти бўйича – мос равишда 179144,4; -27243; -239338,2; -11847; -15400; -16512,6; -25445.

2020-йилдан 2021-йилгача олинган маълумотларга кўра Бухоро вилоятида Руҳий касаллик ташхиси билан “Д” ҳисобда жами – 17700 нафар бемор бўлган; шундан ташхислар бўйича шизофрения – 4455; эпилепсия – 1790; олигофрения – 6606; ва психознинг бошқа шакллари – 4849. Агар туманлар кесимида таҳлил қилинса, етакчи ўринни Бухоро тумани эгаллайди – 1609; Шофиркон – 1474; Ромитан – 1459; Вобкент – 1433; Жондор тумани – 1310 нафарлиги жадвалда ўз ифодасини топган.

Жадвал

2021-йил якуни билан вилоятда беморлар тўғрисида нозологик бирликда маълумот

Шаҳар ва туманлар	<< Д >> назоратдаги беморлар	Шизофрени я	Эпилепсия	Ақлий заифлик	Бошқа рухий касалликлар
Бухоро т.	1609	348	149	644	468
Вобкент т.	1433	423	156	456	398
Жондор т.	1310	298	146	533	333
Когон т.	810	130	98	326	256
Олот т.	980	191	124	348	317
Пешку т.	1233	255	159	550	269
Рометан т.	1459	352	151	618	338
Шофиркон т.	1474	467	187	514	306
Қорақўл т.	1277	308	156	465	348
Коровулбозор т.	122	28	21	34	39
Ғиждувон т.	2935	904	190	1089	752
Бухоро ш.	2402	634	185	796	787
Когон ш.	656	117	68	233	238
Вилоят бўйича	17700	4455	1790	6606	4849

Хулоса

1. Олинган натижалар таҳлили шуни кўрсатадики, Бухоро вилояти Ғиждувон туманида энг кўп шизофрени, эпилепсия, ақлий заифлик касаллиги учраганлигини кузатилади.

2. Бухоро шаҳрида эпилепсия ва рухий касалликларнинг бошқа турлари кўп учраган. Бухоро туманида эса ақлий заифликнинг кўп учраши статистик маълумотлар йиғиндисидан аниқланди.

Адабиётлар

1. Абдуллаев Ш.В. Статистические методы анализа в психиатрической службе. – Ташкент, 2021. – С. 76-80.

2. Жабборов Н.Т. Эпидемиология психических заболеваний и общие формы заболеваний. – Ташкент: Наука и техника, 2021. – С. 58-62.

3. Ибрагимов О.Р. Проблемы психиатрической службы Республики и пути их решения. – Ташкент, 2022. – С. 30-35.

4. Мухамедов И.М. Психиатрия и психические заболевания: диагностика и лечение в новых тенденциях. – Ташкент: Государственное издательство Узбекистана, 2020. – С. 45-50.

5. Нигматов Р.Н., Юлдашев О.Т. Состояние твердых и мягких тканей полости рта у больных, страдающих психическими заболеваниями // Стоматология. – 2018. – 1/4 (73). – С. 25-27.

6. Нигматов Р.Н., Юлдашев О.Т. Состояния жевательной мускулатуры у больных с эпилепсией по данным электромиографии / Тезис/ Научно-практический журнал «Dentist Казакстан», Алматы, 2008, №7.-С.199.

7. Нигматов Р.Н., Юлдашев О.Т.,

Нигматова Н.Р. Состояния микроэкологии полости рта у больных с эпилепсией. // В сб. Актуальные проблемы стоматологии. Матер. Науч.-практ. Конф. 11 марта 2017 г., г. Наманган, 2017 – С. 87-88.

8. Перов Л.В., Жукова Е.А. Статистический анализ и ретроспективные исследования в психиатрии. – М.: Медицина, 2022. – С. 95-100.

9. Шукуров Д.А., Матвор В.К. Диагностика и статистика психических заболеваний: теоретические и практические аспекты. – Ташкент, 2020. – С. 112-118.

Цель: выявление психических расстройств и их причин с помощью анализа историй болезни пациентов, а также совершенствование методов диагностики и лечения. Материал и методы: материалы исследования основаны на ретроспективных данных, полученных из психиатрических служб Республики Узбекистан и Бухарской области в 2021-2022 гг. Целью исследования является сбор и анализ данных о пациентах с психическими расстройствами и выявление распространенных форм заболевания. Результаты: анализ результатов показывает, что самая высокая заболеваемость шизофренией, эпилепсией и умственной отсталостью отмечена в Гиждуванском районе Бухарской области. Эпилепсия и другие виды психических заболеваний широко распространены в городе Бухаре. Выводы: сбор статистических данных выявил высокий уровень заболеваемости умственной отсталостью в Бухарской области.

Ключевые слова: психические расстройства, диагностика, лечение.

Мақсад: беморнинг тарихини таҳлил қилиш орқали руҳий касалликлар ва уларнинг сабабларини аниқлаш, шунингдек диагностика ва даволаш усулларини такомиллаштириш. Материал ва усуллар: тадқиқот материаллари 2021-2022 йилларда Ўзбекистон Республикаси ва Бухоро вилояти психиатрия хизматларидан олинган ретроспектив маълумотларга

асосланади. Тадқиқотнинг мақсади руҳий касалликларга чалинган беморлар тўғрисидаги маълумотларни тўплаш ва таҳлил қилиш ва касалликнинг кенг тарқалган шаклларини аниқлашдир. Натижалар: натижалар таҳлили шуни кўрсатадики, шизофрения, эпилепсия ва ақлий заифлик билан касалланиш энг юқори кўрсаткич Бухоро вилояти Гиждувон туманида қайд этилган. Бухоро шаҳрида эпилепсия ва бошқа турдаги руҳий касалликлар кенг тарқалган. Хулоса: статистик маълумотларни тўплаш натижасида Бухоро вилоятида ақлий заифликнинг юқори даражаси аниқланди.

Калит сўзлар: руҳий касалликлар, таъхис, даволаш.

Objective: To identify mental disorders and their causes by analyzing patient case histories, as well as to improve diagnostic and treatment methods. Material and methods: The research materials are based on retrospective data obtained from psychiatric services of the Republic of Uzbekistan and the Bukhara region in 2021-2022. The aim of the study is to collect and analyze data on patients with mental disorders and identify common forms of the disease. Results: The analysis of the results shows that the highest incidence of schizophrenia, epilepsy and mental retardation is noted in the Gijduvan district of the Bukhara region. Epilepsy and other types of mental illness are widespread in the city of Bukhara. Conclusions: The collection of statistical data revealed a high incidence of mental retardation in the Bukhara region.

Key words: mental disorders, diagnostics, treatment.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА



Фазилова У.К., Хабибова Н.Н.

Бухарский Государственный медицинский институт

Введение. Сахарный диабет II типа оказывает значительное влияние на ткани полости рта, провоцируя изменения, которые затрудняют поддержание стоматологического здоровья. Метаболические и трофические нарушения, характерные для этого заболевания, создают условия для прогрессирования деструктивных процессов в тканях пародонта, увеличивая риск генерализованного пародонтита, кариеса и полной адентии. Эти патологические изменения сопровождаются снижением гигиенического состояния полости рта, что усиливает осложнения.

Результаты эпидемиологических исследований подтверждают, что у пациентов с сахарным диабетом II типа выявляется высокая распространенность стоматологических заболеваний, включая тяжелые формы пародонтита и выраженные изменения индекса КПУ. В условиях хронической гипергликемии и связанных с ней изменений местных факторов гомеостаза слюны нарушается минерализация твердых тканей зубов, возрастает активность патогенной микрофлоры, что приводит к прогрессированию разрушительных процессов.

Низкая частота регулярных стоматологических осмотров и недостаточная гигиена полости рта у пациентов с сахарным диабетом II типа усложняют раннюю диагностику и своевременное лечение заболеваний. Системное изучение стоматологического статуса и гигиенических

показателей данной категории пациентов позволяет определить направления для совершенствования лечебно-профилактических мероприятий.

Сахарный диабет II типа оказывает значительное влияние на состояние тканей полости рта, вызывая изменения, способствующие развитию стоматологических заболеваний. У пациентов с этим заболеванием отмечается высокая распространенность генерализованного пародонтита, что обусловлено нарушениями микроциркуляции и тканевого метаболизма, а также активацией воспалительных медиаторов [1, с. 25–30; 7, с. 75–77].

Нарушение гигиенического состояния полости рта у больных сахарным диабетом связано с ухудшением защитных функций слюны, включая снижение буферной емкости и увеличение кислотности. Эти изменения способствуют активации патогенной микрофлоры, что приводит к образованию зубных отложений и прогрессированию кариеса [2, с. 55–58]. При этом деминерализация твердых тканей зубов превышает процессы реминерализации, что дополнительно усугубляет клиническую картину [3, с. 389–396].

Заболевания пародонта, такие как генерализованный пародонтит, выявляются у большинства пациентов с сахарным диабетом II типа. Это сопровождается увеличением индекса CPITN и прогрессирующей утратой

прикрепления тканей, что свидетельствует о высокой степени разрушения пародонта [4, с. 12–17]. Метаболические нарушения, обусловленные гипергликемией, усиливают воспалительные процессы, увеличивая продукцию цитокинов и других медиаторов воспаления [5, с. 51–61].

Интенсивность кариеса у пациентов данной группы также значительно превышает показатели у лиц без диабета. Структура индекса КПУ демонстрирует преобладание удаленных зубов, что отражает как позднюю диагностику, так и недостаточную эффективность лечения [6, с. 1289–1303]. Низкий уровень обращаемости пациентов с сахарным диабетом к стоматологам и редкое наблюдение у пародонтологов осложняют профилактику и лечение заболеваний полости рта [7, с. 191–203; 8].

Неудовлетворительный уровень гигиены полости рта и высокая распространенность деструктивных поражений требуют совершенствования лечебно-профилактических программ. Исследование взаимосвязи между системными и стоматологическими заболеваниями позволяет выработать комплексный подход к лечению данной категории пациентов.

Цель исследования заключается в анализе стоматологического статуса и гигиенических показателей полости рта у пациентов с сахарным диабетом II типа, а также в оценке распространенности, структуры и тяжести стоматологических патологий для разработки рекомендаций по их коррекции.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 260 пациентах с сахарным диабетом II типа в возрасте от 45 до 59 лет, направленных эндокринологами для профилактического стоматологического осмотра. У всех участников фиксировались длительность заболевания, клинические проявления сахарного диабета, а также наличие осложнений, потенциально влияющих на состояние полости рта.

Стоматологическое обследование включало оценку состояния твердых тканей зубов, пародонта и гигиенических показателей. Интенсивность кариеса рассчитывалась с

использованием индекса КПУ с учетом долей компонентов (кариозные, пломбированные и удаленные зубы). Для оценки состояния пародонта применялся индекс CRITN, который позволяет классифицировать степень деструктивных изменений. Гигиенический статус фиксировался с использованием индекса Грина–Вермиллиона, включающего показатели мягкого зубного налета и зубных отложений.

Критерии включения пациентов предусматривали наличие подтвержденного диагноза сахарного диабета II типа, отсутствие активного стоматологического лечения в течение последних шести месяцев и согласие на участие в исследовании. Исключались пациенты с выраженными системными патологиями, которые могли повлиять на результаты, и лица с декомпенсацией основного заболевания.

Все данные фиксировались в стандартизированных протоколах. Статистическая обработка включала расчет средних значений, стандартных отклонений, долей и корреляционных связей между параметрами гигиенического статуса, тяжестью пародонтита и длительностью заболевания. Анализ проводился с использованием специализированного статистического программного обеспечения для получения достоверных результатов.

Результаты и обсуждение. В рамках исследования проведено стоматологическое обследование 260 пациентов с сахарным диабетом II типа в возрасте 45–59 лет. Основное внимание уделено состоянию твердых тканей зубов, пародонта и гигиеническому статусу полости рта. Полученные результаты анализировались с учетом индексов КПУ, CRITN и гигиены, что позволило выявить особенности стоматологического статуса у данной группы пациентов.

У 67,7% пациентов выявлены деструктивные изменения в тканях пародонта различной степени тяжести. Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени зафиксирован у 20,8% обследованных, средней степени — у 26,9%, легкой степени — у 20%. Полная адентия зарегистрирована

у 24,6% пациентов, что указывает на значительный уровень потери зубов, связанный с воспалительными процессами и нарушением обменных процессов в тканях пародонта. У 7,7% пациентов воспалительных изменений в тканях пародонта не обнаружено, что подтверждает их низкую распространенность в данной группе.

Средний индекс КПУ составил $13,5 \pm 4,1$. У пациентов с тяжелой степенью пародонтита основную долю в структуре индекса составляли удаленные зубы (57,9%). У пациентов с пародонтитом средней степени тяжести этот показатель составил 44%, а у пациентов с легкой степенью — 23,8%. У лиц без воспалительных изменений пародонта доля удаленных зубов в индексе КПУ была минимальной и составила 20,5%. Доля пломбированных зубов возрастала по мере снижения тяжести заболеваний пародонта, что может свидетельствовать о лучшем контроле стоматологических проблем в менее пораженных группах.

Средний индекс гигиены полости рта составил $2,5 \pm 0,6$, что соответствует неудовлетворительному уровню. Лишь у 31,6% пациентов регистрировался удовлетворительный уровень гигиены. У пациентов с тяжелой степенью пародонтита индекс гигиены достигал $2,9 \pm 0,4$, что значительно превышало показатели у пациентов с легкой степенью ($2,2 \pm 0,3$) и без воспалительных изменений ($1,8 \pm 0,3$). Данные указывают на прогрессирующее ухудшение состояния гигиены полости рта с увеличением тяжести заболеваний.

Анализ взаимосвязей между индексами КПУ, CRITN и гигиены полости рта показал сильную корреляцию между тяжестью пародонтита и уровнем гигиены. У пациентов с высоким индексом CRITN отмечены наиболее высокие показатели индекса гигиены, что подтверждает значительное влияние гигиенического статуса на прогрессирование деструктивных изменений в тканях пародонта.

Таблица 1.

Показатели индексов КПУ, CRITN и гигиены у пациентов с различной степенью тяжести пародонтита

Степень тяжести пародонтита	Среднее значение КПУ ($M \pm \sigma$)	Компонент "К" (%)	Компонент "П" (%)	Компонент "У" (%)	CRITN ($M \pm \sigma$)	Индекс гигиены ($M \pm \sigma$)
Тяжелая степень (n=54)	$14,7 \pm 4,4$	13,5	28,6	57,9	$3,8 \pm 0,6$	$2,9 \pm 0,4$
Средняя степень (n=70)	$12,3 \pm 3,7$	13,9	42,1	44,0	$3,2 \pm 0,5$	$2,6 \pm 0,5$
Легкая степень (n=52)	$13,8 \pm 4,5$	13,6	62,6	23,8	$2,4 \pm 0,4$	$2,2 \pm 0,3$
Без воспалительных заболеваний (n=20)	$13,5 \pm 4,0$	13,8	65,7	20,5	$1,2 \pm 0,3$	$1,8 \pm 0,3$

Полученные данные демонстрируют, что стоматологический статус пациентов с сахарным диабетом II типа характеризуется высокой распространенностью деструктивных заболеваний пародонта и неудовлетворительным уровнем гигиены. Значительное преобладание удаленных зубов в структуре индекса КПУ свидетельствует о поздней диагностике заболеваний и

недостаточной эффективности лечебно-профилактических мероприятий. Высокий индекс CRITN у пациентов с тяжелой степенью пародонтита отражает выраженность воспалительно-деструктивных изменений, что подтверждает необходимость усиления профилактических мер.

Прямая зависимость между гигиеническим состоянием полости рта и тяжестью

пародонтита подчеркивает важность улучшения гигиенических навыков пациентов и регулярного стоматологического наблюдения. Обнаруженные корреляционные связи между индексами свидетельствуют о необходимости разработки комплексных программ, направленных на раннюю диагностику и лечение стоматологических заболеваний у пациентов с сахарным диабетом II типа.

Заключение. Результаты исследования подтверждают, что стоматологический статус пациентов с сахарным диабетом II типа характеризуется высокой распространенностью заболеваний пародонта и значительными нарушениями гигиенического состояния полости рта. Уровень индекса КПУ демонстрирует преимущественное преобладание удаленных зубов, особенно у пациентов с тяжелыми формами пародонтита. Установленная корреляция между показателями индекса CRITN и уровня гигиены подчеркивает важность профилактических мероприятий и регулярного стоматологического контроля для данной категории пациентов.

Полученные данные свидетельствуют о недостаточной эффективности существующих лечебно-профилактических программ, что требует пересмотра подходов к ведению пациентов с сахарным диабетом II типа. Особое внимание следует уделить образовательным мероприятиям, направленным на повышение мотивации к поддержанию гигиены полости рта и своевременному лечению заболеваний пародонта. Внедрение комплексного междисциплинарного подхода, включая активное взаимодействие стоматологов и эндокринологов, может значительно снизить частоту стоматологических осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Битюкова Е. В. Локальные изменения в полости рта у больных сахарным диабетом // Стоматология. – 2008. – №6. – С. 25–30.
2. Алексеева О. А. Изменения минерального состава слюны у больных сахарным диабетом // Клиническая медицина. – 2001. – Т. 79, №12. – С. 55–58.
3. Bassim C. W., Redman R. S., DeNardin E. The oral microflora and diabetes mellitus // Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology. – 2008. – Vol. 106. – P. 389–396.
4. Есаян Л. К., Панкратова Н. С., Волкова О. А. Роль медиаторов воспаления в патогенезе заболеваний пародонта при сахарном диабете // Пародонтология. – 2009. – №4. – С. 12–17.
5. Grossi S. G., Genco R. J. Periodontal disease and diabetes mellitus: A two-way relationship // Annals of Periodontology. – 1998. – Vol. 3. – P. 51–61.
6. Mealey B. L., Oates T. W. Diabetes mellitus and periodontal diseases // Journal of Periodontology. – 2006. – Vol. 77. – P. 1289–1303.
7. Гемодинамика тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта при заболеваниях внутренних органов. / Нигматов Р.Н. // Среднеазиатский научно-практический журнал «Stomatologiya», 2005, № 3-4 (29-30). – С. 89-92.
8. Нигматов Р.Н. Состояние полости рта у больных с заболеваниями внутренних органов: диагностика, лечение и профилактика: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2006. – 36 с.

Аннотация. Статья посвящена изучению стоматологического статуса и уровня гигиенической чистоты полости рта у пациентов с сахарным диабетом II типа. Проведенное исследование охватило 260 пациентов в возрасте 45–59 лет с различной длительностью заболевания. Установлено, что 67,7% обследованных имели деструктивные заболевания пародонта, включая тяжелую (20,8%), среднюю (26,9%) и легкую (20%) степени. Средний индекс КПУ составил $13,5 \pm 4,1$, при этом у пациентов с тяжелой степенью пародонтита 57,9% от суммарного индекса приходится на удаленные зубы. Полная вторичная адентия зарегистрирована у 24,6% пациентов. Индекс гигиены полости рта составил $2,5 \pm 0,6$, что свидетельствует о низком уровне гигиенического ухода. Полученные данные указывают на необходимость внедрения системного стоматологического наблюдения, профилактики и раннего лечения заболеваний полости рта в данной категории пациентов.

Ключевые слова: Стоматологический статус, сахарный диабет II типа, пародонтит, индекс КПУ, адентия, гигиена полости рта, деструктивные изменения, профилактика.

Abstract. The article is devoted to the study of dental status and oral hygiene indicators in patients with type II diabetes. The study involved 260 patients aged 45–59 years with varying durations of the disease. It was found that 67.7% of the patients had destructive periodontal diseases, including severe (20.8%), moderate (26.9%), and mild (20%) degrees. The mean DMF index was 13.5 ± 4.1 , with 57.9% of the total index in patients with severe periodontitis accounted for extracted teeth. Complete secondary edentulism was recorded in 24.6% of the patients. The oral hygiene index was 2.5 ± 0.6 , indicating a low level of oral care. The findings highlight the need for systemic dental monitoring, preventive measures, and early treatment of oral diseases in this patient category.

Keywords: Dental status, type II diabetes, periodontitis, DMF index, edentulism, oral

hygiene, destructive changes, prevention.

Annotatsiya. Maqola, qandli diabet II turi bilan og'rikan bemorlarda tish holati va og'iz gigiyenasi ko'rsatkichlarini o'rganishga bag'ishlangan. Tadqiqotda 45–59 yoshdagi, kasallikning turli davomiyligi bo'lgan 260 nafar bemor ishtirok etdi. Tadqiqot natijalariga ko'ra, bemorlarning 67,7%ida destruktiv parodont kasalliklari aniqlangan, jumladan, og'ir (20,8%), o'rtacha (26,9%) va yengil (20%) darajalari. O'rtacha DMF indeksi $13,5 \pm 4,1$ ni tashkil etdi, bunda og'ir parodontit bo'lgan bemorlarda jami indeksning 57,9%ni olib tashlangan tishlar egalladi. Bemorlarning 24,6%ida to'liq ikkilamchi adentiya qayd etilgan. Og'iz gigiyenasi indeksi $2,5 \pm 0,6$ bo'lib, bu past darajadagi gigiyenik parvarishdan dalolat beradi. Olingan ma'lumotlar ushbu bemorlar toifasida tizimli stomatologik nazorat, profilaktika va og'iz kasalliklarini erta davolash zarurligini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: Tish holati, qandli diabet II turi, parodontit, DMF indeksi, adentiya, og'iz gigiyenasi, destruktiv o'zgarishlar, profilaktika.

УЎК 616.31-002.157.2+ 616-055.2+615.322

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДХОДОВ К ЕГО ЛЕЧЕНИЮ



Наврӯзова Ў.О., Хабибова Н.Н.

*Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино,
Узбекистан, г. Бухара,*

Введение. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) является воспалительным заболеванием слизистой оболочки полости рта, которое часто связано с изменениями иммунной активности, индуцированными гормональными колебаниями. У женщин фертильного возраста гормональные изменения, особенно уровни

эстрогенов и прогестерона, играют важную роль в патогенезе заболевания. Эстрогены способны усиливать воспалительные реакции, что проявляется повышением активности цитокинов, таких как ИЛ-2 и ТН-альфа, а также активацией Т-клеточного иммунного ответа [1, стр. 10-14].

Частота обострений РАС у женщин

фертильного возраста нередко коррелирует с фазами менструального цикла. В частности, обострения заболевания чаще возникают в фолликулярной фазе, когда уровень эстрогенов достигает максимума. Эти данные подтверждают значимость гормональных колебаний в механизмах заболевания. Повышенная продукция провоспалительных цитокинов в этот период способствует активации воспалительных процессов и образованию язв [2, стр. 45-49].

Влияние стресса на течение РАС связано с активацией гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси и повышением уровня кортизола. Кортизол оказывает влияние на гормональный баланс и усиливает воспалительные реакции, что может приводить к более тяжёлым обострениям у женщин с РАС [5, стр. 200-205].

Данные исследования подчеркивают необходимость углубленного изучения роли гормональных факторов в патогенезе РАС у женщин фертильного возраста. Выявление точных механизмов взаимодействия гормонов и иммунной системы может способствовать разработке эффективных методов терапии, ориентированных на индивидуальные особенности пациентов.

Цель настоящей работы — исследование влияния гормональных факторов на течение хронического рецидивирующего афтозного стоматита у женщин фертильного возраста с акцентом на механизмы, связанные с иммунной реактивностью, а также на возможные клинические следствия для методов диагностики и лечения.

Материалы и методы. Для изучения влияния гормональных факторов на течение хронического рецидивирующего афтозного стоматита у женщин фертильного возраста проведено клиническое исследование с участием 120 женщин в возрасте от 18 до 45 лет, страдающих данным заболеванием. Пациентки были разделены на три группы в зависимости от характера обострений: группа с обострениями, связанными с менструальным циклом, группа с обострениями, происходящими вне зависимости от фазы цикла, и контрольная группа без РАС.

Гормональный статус пациенток оценивался с использованием серологического анализа на содержание эстрогенов, прогестерона и других гормонов в различные фазы менструального цикла. Для этого применялся метод иммуноферментного анализа (ИФА) с высокой чувствительностью для определения уровней гормонов.

Иммунологическое обследование включало измерение концентрации цитокинов (ИЛ-2, ИЛ-10, ТН-альфа) в сыворотке крови методом элюциометрии. Эти данные использовались для анализа корреляции между изменениями уровня цитокинов и частотой обострений заболевания.

Клиническое наблюдение за состоянием слизистой оболочки рта проводилось с использованием визуальной оценки и фотодокументации афтозных язв. Для оценки тяжести симптомов использовалась стандартная шкала, позволяющая фиксировать частоту и интенсивность обострений.

Полученные данные были проанализированы с применением статистических методов, включая корреляционный и регрессионный анализ, с целью выявления взаимосвязи между гормональными колебаниями и изменениями в иммунном ответе, а также влияния этих факторов на частоту и тяжесть рецидивов РАС.

Результаты и обсуждение. Проведённое исследование включало анализ влияния гормональных факторов на течение хронического рецидивирующего афтозного стоматита (РАС) у женщин фертильного возраста. Всего обследовано 90 пациенток, разделённых на две группы: в первую группу вошли 60 пациенток с циклическими обострениями РАС, коррелирующими с фазами менструального цикла; вторую группу составили 30 пациенток, у которых обострения не имели зависимости от гормонального фона. Средний возраст участниц исследования составил $29,1 \pm 3,4$ года.

Анализ уровней половых гормонов показал значительные различия между группами. У пациенток первой группы в фолликулярной фазе уровень эстрогенов составил $297,4 \pm 11,9$ пмоль/л, что превышало показатели

второй группы ($238,6 \pm 14,7$ пмоль/л, $p < 0,01$). Уровень прогестерона в лютеиновой фазе был ниже у первой группы ($11,9 \pm 1,5$ нмоль/л) по сравнению со второй группой ($14,1 \pm 1,3$ нмоль/л, $p < 0,05$). Эти данные свидетельствуют о недостаточной прогестероновой активности в группе пациенток с циклическими обострениями, что может быть ключевым фактором, усиливающим воспалительные процессы в слизистой оболочке полости рта.

Иммунологический анализ выявил увеличение уровней провоспалительных цитокинов в обеих группах, однако их концентрация была существенно выше у пациенток первой группы. Уровень ТН-альфа достигал $47,8 \pm 4,3$ пг/мл в первой группе и $36,2 \pm 3,7$ пг/мл во второй группе ($p < 0,01$). Концентрация ИЛ-6 составила $16,2 \pm 1,9$ пг/мл в первой группе против $12,4 \pm 2,0$ пг/мл во второй группе ($p < 0,01$). Полученные данные

подтверждают роль провоспалительных цитокинов в патогенезе РАС, особенно в условиях циклических изменений гормонального статуса.

Клиническая характеристика заболевания у пациенток с циклическими обострениями включала более высокую частоту рецидивов. В среднем, частота обострений в течение года составила $5,4 \pm 0,7$ эпизодов в первой группе против $3,6 \pm 0,5$ эпизодов во второй ($p < 0,01$). Средняя продолжительность обострения в первой группе составила $11,1 \pm 0,9$ дней, что превышало аналогичный показатель у пациенток второй группы ($8,1 \pm 1,0$ дней, $p < 0,01$). Интенсивность болевого синдрома, оценённая с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), также была выше у пациенток первой группы и составила $7,5 \pm 0,4$ балла против $5,6 \pm 0,3$ балла во второй группе ($p < 0,01$).

Таблица 1.

Гормональный, цитокиновый и клинический профиль пациенток

Параметр	Первая группа (n = 60)	Вторая группа (n = 30)	P-значение
Эстрогены (пмоль/л)	$297,4 \pm 11,9$	$238,6 \pm 14,7$	$< 0,01$
Прогестерон (нмоль/л)	$11,9 \pm 1,5$	$14,1 \pm 1,3$	$< 0,05$
ТН-альфа (пг/мл)	$47,8 \pm 4,3$	$36,2 \pm 3,7$	$< 0,01$
ИЛ-6 (пг/мл)	$16,2 \pm 1,9$	$12,4 \pm 2,0$	$< 0,01$
Частота обострений (год)	$5,4 \pm 0,7$	$3,6 \pm 0,5$	$< 0,01$
Продолжительность (дней)	$11,1 \pm 0,9$	$8,1 \pm 1,0$	$< 0,01$
ВАШ (баллы)	$7,5 \pm 0,4$	$5,6 \pm 0,3$	$< 0,01$

Анализ гормонального и иммунного статуса пациенток с РАС выявил значительные различия между группами. Повышение уровня эстрогенов и снижение прогестероновой активности в первой группе усиливали воспалительный ответ, что проявлялось увеличением концентрации провоспалительных цитокинов. Эти данные согласуются с гипотезой о гормональной модуляции иммунной системы, где эстрогены выступают как стимуляторы воспаления, а прогестерон играет роль его ингибитора. Полученные результаты подтверждают патофизиологическую роль гормонального фона в патогенезе РАС.

Циклические изменения уровня гормонов у пациенток первой группы коррелировали

с более высокой частотой рецидивов и их продолжительностью, а также с большей интенсивностью болевого синдрома. Это подчёркивает необходимость разработки персонализированных терапевтических подходов, учитывающих гормональный статус пациенток. Перспективы дальнейших исследований включают изучение влияния препаратов, регулирующих уровни эстрогенов и прогестерона, на течение заболевания.

Заключение. Полученные результаты подтверждают значительную роль гормональных факторов в патогенезе хронического рецидивирующего афтозного стоматита (РАС) у женщин фертильного возраста. Повышенные уровни эстрогенов и снижение прогестероновой активности в

определённые фазы менструального цикла усиливают воспалительный ответ, что проявляется увеличением концентрации провоспалительных цитокинов и активацией Т-клеточного звена иммунной системы. У пациенток с циклическими обострениями РАС клиническая картина характеризуется большей частотой рецидивов, их длительностью и интенсивностью болевого синдрома по сравнению с пациентками, у которых обострения не связаны с менструальным циклом.

Результаты исследования подчёркивают необходимость персонализированного подхода к лечению пациенток с учётом их гормонального статуса. Перспективы дальнейших исследований включают изучение эффективности гормональных и иммуномодулирующих терапевтических стратегий для улучшения клинических исходов у пациенток с РАС.

Список литературы

1. Акинтой С.О., Гринберг М.С. Рецидивирующий афтозный стоматит // Клиническая стоматология Северной Америки. 2014; 58(2):281-297. [стр. 281-297]
2. Гринберг М.С. Рецидивирующий афтозный стоматит: патогенез, диагностика и лечение // Журнал Американской стоматологической ассоциации. 2018; 149(9):759-767. [стр. 759-767]
3. Чалаван Х., Чой Х., Ли К. Гормональные изменения и их роль в развитии рецидивирующего афтозного стоматита во время беременности // Международный журнал оральной медицины. 2016; 43(4):151-158. [стр. 151-158]
4. Папагеоргиу С.Н., Нкенке Е., Киль С. Роль эстрогенов и прогестерона в рецидивирующем афтозном стоматите: клинические аспекты // Журнал оральной патологии и медицины. 2015; 44(5):299-306. [стр. 299-306]
5. Зубулис С.С., Шлиппе Г. Влияние стресса на рецидивирующий афтозный стоматит: критический обзор // Клинические оральные исследования. 2017; 21(6):1867-1874. [стр. 1867-1874]
6. Шип Дж.А., Чавез Э.М., Доэпп П.А. Рецидивирующий афтозный стоматит: клинические характеристики и стратегии управления // Оральная хирургия, медицина, патология и радиология. 2000; 90(2):141-147. [стр. 141-147]

Аннотация. В статье рассматривается влияние гормональных факторов на течение хронического рецидивирующего афтозного стоматита (РАС) у женщин фертильного возраста. Анализируется связь между гормональными изменениями, такими как колебания уровней эстрогенов и прогестерона, и обострениями заболевания. Приводятся данные о том, что у женщин с РАС симптомы чаще усиливаются в период менструации, во время беременности и в постменопаузе, что свидетельствует о важности гормональных флуктуаций в патогенезе заболевания. Оценка иммунных нарушений, связанных с Т-клеточными реакциями и изменениями цитокинов, таких как ИЛ-2, ИЛ-10 и ТН-альфа, подтверждает влияние гормональных факторов на иммунный ответ. Данная работа направлена на углубление понимания роли гормональных изменений в динамике РАС и выявление потенциальных путей для более персонализированных терапевтических подходов у женщин фертильного возраста.

Ключевые слова. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, гормональные изменения, фертильный возраст, эстрогены, прогестерон, иммунный ответ, Т-клетки, цитокины, патогенез заболевания.

Abstract. The article examines the influence of hormonal factors on the course of chronic recurrent aphthous stomatitis (CRAS) in women of childbearing age. The relationship between hormonal changes, such as fluctuations in estrogen and progesterone levels, and disease exacerbations is analyzed. Data are presented showing that symptoms in women with CRAS are more likely to worsen during menstruation, pregnancy, and postmenopause, highlighting the importance of hormonal fluctuations in the pathogenesis of the disease. An assessment of immune disturbances associated with T-cell responses and changes in cytokines, such as IL-2, IL-10, and TNF-alpha, confirms the impact of hormonal factors on

immune responses. This study aims to deepen the understanding of the role of hormonal changes in the dynamics of CRAS and to identify potential pathways for more personalized therapeutic approaches in women of childbearing age.

Keywords. Chronic recurrent aphthous stomatitis, hormonal changes, childbearing age, estrogens, progesterone, immune response, T-cells, cytokines, disease pathogenesis.

Annotatsiya. Maqolada tugʻish yoshidagi ayollarda surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatitning (SKAS) kechishiga gormon omillarining taʼsiri oʻrganilgan. Estrogen va progesteron miqdorining oʻzgarishi kabi gormon oʻzgarishlari va kasallik zoʻrayishlari oʻrtasidagi bogʻliqlik tahlil qilindi. Tadqiqot natijalariga koʻra, SKAS boʻlgan ayollarda simptomlar

menstruatsiya davrida, homiladorlikda va menopauzadan keyin koʻproq kuchayadi, bu esa gormon tebranishlarining kasallik patogenezi uchun muhimligini koʻrsatadi. T-hujayralar reaksiyalari va sitokinlar (IL-2, IL-10, TNF-alfa) oʻzgarishi bilan bogʻliq immun buzilishlarni baholash gormon omillarining immun javobga taʼsirini tasdiqlaydi. Ushbu tadqiqot SKAS dinamikasidagi gormon oʻzgarishlarining rolini chuqurroq tushunishga va tugʻish yoshidagi ayollar uchun shaxsiylashtirilgan terapevtik yondashuvlarni aniqlashga qaratilgan.

Kalit soʻzlar. Surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatit, gormon oʻzgarishlari, tugʻish yoshi, estrogenlar, progesteron, immun javob, T-hujayralar, sitokinlar, kasallik patogenezi.

UDK: 616.31-002.157.2-036.12-06:616.61-002.2-08

SURUNKALI BUYRAK KASALLIGI BILAN OGʻRIGAN BEMORLARDA SURUNKALI TAKRORIY AFTOZ STOMATITNI KOMPLEKS DAVOLASHNING ASOSLARI



Abdullayev Sh.R., Xamrayev M.Sh.

Buxoro davlat tibbiyot instituti

Zamonaviy innovasion davrida, surunkali buyrak kasalliklarni tarqalishi va uchrash chastotasi, ekologiya yomonlashuvi va organizmda kechuvchi turli xil moddalar almashinuvni buzilishi (haddan tashqari semizlik, xafaqon kasalliklar, yurak qon-tomirlar tizimidagi patologiyalar, ateroskleroz va b.) patologiyalari [4] negizida rivojlanuvchi eng muhim muammolardan biri hisoblanadi. Bizga maʼlumki surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatit (SQAS)-organizmda kechuvchi somatik kasalliklar fonida rivojlanib, bemorning ovqatlanishi, muloqot qilishi va boshqa funksional harakatlari sababli ogʻriq simptomidan koʻp aziyat chekishi kabi shikoyatlari bilan chanbarchas bogʻliq [1-3,5,6] alomatlar rivojlanadi.

Tadqiqot maqsadi

Surunkali buyrak kasalliklarida surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatit kasalligini soha mutaxassislari bilan kompleks davolashni asoslash.

Material va usullar

Toshkent shahar 1-son shahar klinik shifoxonasida joylashgan, TXKMRM “Andrologiya va urologiya” kafedrasi bazasi klinik stasionar boʻlimida murojaat etgan va davolanayotgan bemorlardan 50 nafar, shuningdek TXKMRM Stomatologiya, bolalar stomatologiyasi va ortodontiya kafedrasi joylashgan, Tashxis-oʻquv maslahat markazi bazasida stomatologik muolaja olish uchun murojaat etgan, 50 nafar bemorlar kasallik varaqalari tahlili asosida tadqiqot olib borildi. Tekshiruvda qatnashgan 120 nafar bemorlar

tanlanib, ular asosan 18-69 yoshlarda bo'lib (ayollar 80 nafar, erkaklar 40 nafar), o'rtacha 46,5 yoshni tashkil etdi. Tadqiqotda qatnashgan barcha bemorlar OBSHQ - og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida jarohatlangan SQASning (yengil, o'rta og'ir va og'ir) va boshqa birlamchi hamda ikkilamchi elementlar chastotasi o'rganildi. Asosiy gurux (AG) 50 nafar bemorlar, SBK mavjud SQAS bilan xastalangan, 50 nafar faqat SQAS ga chalingan bemorlar va 20 nafar mutloq sog'lom bo'lgan insonlar, nazorat guruxiga olindi. Bemorlardagi barcha patologiyalar XKT-10 (BJSST, 1997y) tashxis soha mutaxassislari bilan bamaslahat amalga oshirildi. Yig'ilgan barcha anamnestik klinik ma'lumotlar stomatologik kasallik varaqasi №043/f shaklli, urologik kasalliklar tashxisi esa tibbiy kasallik 003/f varaqasiga rasmiylashtirildi.

Surunkali qaytalanuvchi aftoz stomatit bilan xastalangan barcha guruxdagi bemorlar og'iz bo'shlig'i stomatologik holatini baholashda - og'iz bo'shlig'i gigienik ko'rsatgichini baholashda (Green J.C., Vermillon J.R., 1964) usuli, tish qatorlari karies bilan zararlanish jadalligi KPU va UIK ko'rsatgichi bilan, paradont to'qimasi holati esa kompleks paradont ko'rsatgichi (KPI) (Лейс П.А., 1988) usuli, aralash so'lakning govushqoqlik darajasi (Грачева Н.В., 1999) usulidan foydalanildi, og'iz bo'shlig'ining barcha sohalarini vizual ko'rigini yaxshilash maqsadida makrolyuminestent lampalardan foydalanildi. Shuningdek OB jarohat o'chog'i shish holati, afta, yara va eroziya elementlari aniqlanib davolash dinamikasi o'rganildi.

Aralash so'lakning biokimyoviy tarkibidagi sial kislotasi miqdori FEKni fotometriya (KFK-2MP) usuli, (me'yorda 4,4-8,2 mg%); faol ishqoriy fosfatazalar (me'yorda 0,97-1,32 nmol/min x ml), neorganik fosfor konsentrasiyasi (P), (me'yorda 2,9-6,4 mmol/l); esa E.L. Hess ning, rangli reaksiya usulidan; umumiy kalsiy miqdori (Ca) o-kreozoltalein komplekson(o-KFK), (me'yorda 0,6-2,8 mmol/l); shuningdek mahalliy immun tizimi komponentlari titrlari sekretor immunoglobulin A (sIgA, IgG, IgA va b.) (G. Mancini, Carbonara usuli, 1965 йй) aniqlandi. Bemordan aralash so'lak natoshak, stimullashtirilmagan holatida 3-5 m/l miqdorida yig'ib maxsus idishlarda olindi.

Umumiy qon tekshiruvda esa: gemoglobin, eritrositlar miqdori, leykositlar, trombositlar, eritrositlarning cho'kish tezligi, qonning leykositlar formulasi, eozinofillar, segment yadroli neytrofillar, bazofillar, monositlar, T va B limfositlar faolligi tekshirildi. Immun statusni baholashda umumiy leykositlar va umum leykoformula esa (Wibran J., Funderberg Y., 1973) usuli qo'llanildi. Statistik tahlil uchun Statistika, Stadia va Statgraphics v. 7 paketlar statistik programmalaridan, kompyuterda Microsoft Office (Excel) foydalanilgan holda olingan materiallar ishonchli natijalar asosida baholandi va anig ma'lumotlar sarhisob qilindi.

Olingan natijalar muhokamasi

Olingan ma'lumot natijalari, stomatologik patologiyalarida quyidagilar aniqlandi: OG bemorlarida KPU bo'yicha kariesning kompensatsiya fazasi-2,5%; kariesning subkompensatsiya fazasi-0,8%; kariesning dekompensatsiya fazasida esa-0; foizlar qayd etildi. Og'iz bo'shlig'ida tish qatorlarning qisman yo'qorish- 40%; patologik tishlov ko'rsatgichi 24,1%; tish qattiq to'qmalari patologik edirilish holati 10,8%; mahalliy gipoplaziya-1,6%; ponasimon nuqson-36,6%; Paradont kasalliklaridan: parodontoz-7,5%; kataral gingivit-31,6%; Gingivitning gipertrofik shakli-10,8%; parodontitning barcha shakllari-27,5%; OBSHQda rivojlangan, shish alomati-6,6%; OBSHQdagi shish va atrofiya belgilari -4,1%; eksfoliativ xeylit-1,6%; meteorologik xeylit-7,5%; burmali til patologiyasi-5,0%; deskvamativ glossit-4,1%, og'iz bo'shlig'idagi travmatik eroziyasi-1,6%; og'iz bo'shlig'i yassi leykoplakiyasi- 5,8%; OB yumshoq leykoplakiyasi-5,8%; OB surunkali lab yorilishi-7,5%;OB da qizil yassi temratkisi: tipik shakli-6,6%; ekssudativ-giperimiya shakli-6,6%; OB dagi oddiy herpes-11,7%; SQASning: eyngil shakli (Mikulich aftasi)-75% va o'rta og'ir, og'ir shakli(Settena aftasi)- esa 25%ga tenglashgani aniqlangan bo'lsa, yuqorida qayd etilgan patologiyalardan TG(faqat SQAS bilan xastalangan) bemorlarida quyidagi holatlar:

1,6%;0;0;41,6%;25%;8,3%;1,6%;30%;5,0%;23,3%;20,0%;25,0%;1,6%;1,6%;1,6%;13,3%;5,0%;1,6%;8,3%; 6,6%;5,0%;13,3%;6,6%;8,3%;10%;0;0; shunga muvoffiq tarzda aniqlandi. AG

bemorlar stomatologik patologiyalar strukturasi bo'yicha tekshiruvlarda, karies tishlar jadalligi KPU-14,61±0,4; bundan: konstanta "K"-5,48±0,4 (35,7% uning ahamiyati), "P"-6,86±0,8 (42%), "U"-3,44±0,2 (21%); mazkur holatda plombalangan tishlar darajasi yuqori ekani (UIK-0,67±0,06) aniqlandi. TG bemorlaridagi natijalar esa: KPU-11,48±0,6; "K"-3,68±0,6 (27,6%), "P"-4,44±0,4 (36,36%), "U"-4,64±0,2 (36,36%) mos keldi. Karies jadallik holati "P" va "U" miqdor foizi "K" dan yuqoriligi kuzatilib, TGda (UIK-0,47±0,06) aniqlandi.

Shuningdek OHI-S ko'rsatgichlari quyidagi holatni aniqlandi. AG bemorlarda GI-1,2-2,6±0,08; TG bemorlarda 1,0-1,96±0,06; asosiy gurux bemorlar OB GI ko'rsatgichi qoniqarsiz bo'lib, taqqoslash guruxida esa qoniqarli natija qayd etildi.

Tekshirilgan bemorlar paradont to'qimasi patologiyasida esa asosiy gurux bemorlar ko'rsatgichi 1,68±0,1 bo'lib, taqqoslash guruxida 1,42±0,2 ga tenglashdi.

Mazkur raqamlardan ma'lum bo'ldiki, surunkali buyrak kasalliklari va siydik-jinsiy a'zolari yo'llari yallig'lanish patologiyalari qo'zishi sababli organizmdagi immun va reaktivlik o'zgarishlari og'iz bo'shlig'i mahalliy muvozanatiga yetarli darajada muhim disbalans holatlari rivojlanishi aniqlandi, SQAS simptomlari paydo bo'lishi hamda ular orasida korrellasion bog'liqlik borligidan dalolat beradi.

Guruxlardagi bemorlar qonining umumiy taxlili ko'rsatgichlarda asosiy gurux bilan taqqoslash guruxi o'rtasida etarlicha sezilarli o'zgarishlar kuzatildi. Asosiy gurux bemorlarning periferik qonida monositlar ko'rsatgichlari yuqorilashgani aniqlandi. SBK mavjud SQAS bilan xastalangan bemorlar genital a'zoldagi infeksiyalarni chuqur tekshirish davrida bakteriyalarga nisbatan xlamidiya, ureoplazma, mikoplazma ustunligi, bemorlar aralash so'lak va ekmalar surtmasi teshiruvdan dominant va ustunligi bilan ajralib turishi kuzatildi.

Jadval

SBK negizida SQAS mavjud bemorlar va faqat SQAS bilan xastalangan guruxlari davolash dinamikasidagi og'iz suyqligining biokimyoviy va immunologik ko'rsatgichlari, M±m

Og'iz suyqligi ko'rsatgichlari	Nazorat guruxi, n=20	Davolashgacha AG, n=50	Davolashdan so'ng, AG, n=50	Davolashdan so'ng, TG, n=50
Ishq.fos.mmol/l	1,3±0,03	0,8±0,06*	0,79±0,04*	0,8±0,04*
Sial kislot.bi.	6,8±0,18	4,2±0,12*	4,5±0,14*	5,37±0,28*
Umum.Ca, mmol/l	4,79±0,39	0,60±0,04*	0,59±0,01*	0,76±0,05*
Anor.Fos, mmol/l	8,23±0,42	2,9±0,59*	2,7±0,39*	2,91±0,13*
IgA, mg/%	0,07±0,001	0,18±0,02*	0,16±0,001*	0,28±0,02*
IgG, mg/%	0,09±0,001	0,18±0,02*	0,19±0,002*	0,08±0,005*
Lizotsim,%	45,1±2,4	10,42±0,42*	12,42±0,21*	14,9±0,59*
SIgA, mg/%	0,31±0,08	0,06±0,04*	0,08±0,004*	0,12±0,04*
Ksb,%	1,51±0,19	5,43±0,02*	5,71±0,02*	2,99±0,26*

Izoh.* – Sog'lom bemorlar bilan taqqoslaganda farqlar ishonchlilik darajasi p<0,05.

Immunologik tekshiruvda B va T-limfositlar zvenosi siydik tanosil a'zolari yo'llari zararlanishi bosqichida past ko'rsatgich kuzatildi. Biroq IgG miqdori esa asosiy gurux bemorlarida 0,18±0,02 mg/l bo'lib, taqqoslash guruxida 0,08±0,005 mg/l (me'erde: 7,51±5,45 g/l), SIgA esa (2,45±0,48 g/l)

tenglashib, nazorat guruxiga nisbatan 1,9±0,08 g/l(me'er: 1,25±2,5 g/l) mos ekani aniqlandi.

Xulosa

1. Asosiy gurux bemorlarning soha mutaxassislari bilan siydik-tanosil yo'llardagi qo'zg'atuvchilar (qon. surtma, ekma tekshiruv)

ko'rsatgichlari organizm umumiy tizimiga ta'siri, og'iz bo'shlig'i mahalliy immun tizimiga ham sezilarli patogen disbakterioz muhit yaratib, SQAS jarohatiga korrellatsion bog'liqligi yaqqol o'z isbotini tasdiqlaydi.

2. Kompleks davo algoritmi asosida chuqur tekshirishlardan so'ng immunologik, etiopatogenetik, mikrobiologik va kasallik og'ir shaklida gormonal terapiya, kasallikning remissiya davrini uzaytirib, kasallik retsidivlarni sonini ($p < 0,05$) pasayishi kuzatildi.

Adabiyotlar

1. Абдуллаев Ш.Р., Гаффаров С.А., Гаффарова С.С., Хен Д.Н. Комплексная оценка эффективности лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита у больных с инфекционной патологией мочеполовой системы // Рос. стоматол. журн. – 2024. – №3. – Т. 28. – С. 77-79.

2. Абдуллаев Ш.Р., Гаффаров С.А. Показатели местного иммунитета у больных хроническими рецидивирующими афтозными стоматитами на фоне инфекционной патологии мочеполовой системы и оценка эффективности лечения // Вестн. ТМА. – 2021. – №1. – С. 110-113.

3. Гаффаров С.А и др. Иммунологические процессы как этиопатогенетический фактор хронического рецидивирующего афтозного стоматита ихронического панкреатита: Метод. рекомендации. – Ташкент, 2010. – 20 с.

4. ЛДФ-метрическое изучение состояния микроциркуляции крови пародонта у больных с хроническим гломерулонефритом. //Р.Н.Нигматов, К.А.Мусаева, Н.Р.Нигматова, Н.И.Ярашева/ Журнал Концепт стоматология. Казахстан, г.Алматы, № 4, 2013.- 68-69.

5. Никонов Г.К., Майнуйлов Б.М. Основы современной фитотерапии //www.e-stomatology.ru

6. Ризаев Ж.А., Гадаев А.Г., Абдувакилов Ж.У. Изменения тканей пародонта у больных с хронической болезнью почек // Stomatologiya. – 2017. – №1. – С. 59-61.

7. Состояния микроциркуляции в тканях пародонта зубов у больных с хроническим гломерулонефритом. //К.А.Мусаева, Р.Н.Нигматов, А.А.Кадырбаева, Н.И.Ярашева./ Журнал «Stomatologiya» Среднеазиатский

научно-практический журнал. № 1, 2014. С.-10-13.

8. Anand V. Low Level Laser therapy in treatment of aphthous ulcer // Indian J. Dent. Res. – 2013. – Vol. 24, №2. – P. 267-270.

Цель: обоснование комплексного лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита при хронической болезни почек с привлечением специалистов данной области. Материал и методы: проанализированы медицинские карты 50 пациентов в возрасте 18-69 лет (80 женщин, 40 мужчин, средний возраст 46,5 года), обратившихся за стоматологическим лечением. Все больные в анамнезе имели заболевания полости рта. 20 практически здоровых людей составили контрольную группу. Все диагнозы у пациентов устанавливались после консультации с соответствующими специалистами. Все собранные анамнестические клинические данные фиксировались в стоматологической карте заболеваний № 043/ф, а диагнозы урологических заболеваний – в медицинской карте заболеваний 003/ф. Результаты: возбудители в мочеполовых путях (мазок крови, посев) оказывают влияние на общее состояние организма, а в полости рта отмечается выраженный патогенный дисбактериоз, что также влияет на местную иммунную систему. Выводы: после углубленного обследования и проведения иммунологической, этиопатогенетической, микробиологической и гормональной терапии удалось увеличить период ремиссии заболевания и снизить количество рецидивов заболевания.

Ключевые слова: хронический рецидивирующий афтозный стоматит, хроническая болезнь почек, диагностика, лечение.

Maqsad: surunkali buyrak kasalliklarida surunkali takroriy aftoz stomatitni kompleks davolashni ushbu soha mutaxassislarini jalb qilgan holda asoslash. Material va usullar: stomatologik davolanishga muhtoj bo'lgan 18-69 yoshdagi (80 ayol, 40 erkak, o'rtacha yoshi 46,5 yosh) 50 nafar bemorning tibbiy hujjatlari tahlil qilindi. Barcha bemorlarda og'iz bo'shlig'i

kasalliklari bor edi. Nazorat guruhini 20 nafar amalda sog'lom odam tashkil etdi. Bemorlardagi barcha tashxislar tegishli mutaxassislar bilan maslahatlashganidan so'ng aniqlandi. Barcha yig'ilgan anamnestik klinik ma'lumotlar 043/f-sonli tish kasalliklari qaydnomasida, urologik kasalliklar diagnostikasi esa 003/f-sonli tibbiy kasallik daftarida qayd etilgan. Natijalar: genitouriya tizimidagi patogenlar (qon surtmasi, kultura) tananing umumiy holatiga ta'sir qiladi va og'iz bo'shlig'ida aniq patogen disbakterioz mavjud bo'lib, u mahalliy immunitet tizimiga ham ta'sir qiladi. Xulosa: chuqur tekshiruvdan va immunologik, etiopatogenetik, mikrobiologik va gormonal terapiyadan so'ng kasallikning remissiya davrini oshirish va kasallikning qaytalanishlar sonini kamaytirish mumkin edi.

Kalit so'zlar: surunkali takroriy aftoz stomatit, surunkali buyrak kasalligi, tashxis, davolash.

Objective: To rationale for the complex treatment of chronic recurrent aphthous stomatitis in chronic kidney disease with the involvement of specialists in this field. **Material and methods:**

Medical records of 50 patients aged 18-69 years (80 women, 40 men, average age 46.5 years) who sought dental treatment were analyzed. All patients had a history of oral diseases. The control group consisted of 20 practically healthy people. All diagnoses in patients were established after consultation with the relevant specialists. All collected anamnestic clinical data were recorded in the dental disease record No. 043/f, and the diagnoses of urological diseases - in the medical disease record 003/f. **Results:** Pathogens in the urogenital tract (blood smear, culture) affect the general condition of the body, and in the oral cavity there is pronounced pathogenic dysbacteriosis, which also affects the local immune system. **Conclusions:** After an in-depth examination and immunological, etiopathogenetic, microbiological and hormonal therapy, it was possible to increase the period of remission of the disease and reduce the number of relapses of the disease.

Key words: chronic recurrent aphthous stomatitis, chronic kidney disease, diagnostics, treatment.

Хирургическая стоматология

УДК: 616.617.8-002.3+018.44-002-036-002-089-022-615.06

МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ С ПОРАЖЕНИЕМ ОТДАЛЕННО РАСПОЛОЖЕННЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ



Абдуллаев Ш.Ю., Бабохужаев А.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

К одонтогенным воспалительным заболеваниям относятся патологические процессы инфекционно-воспалительного характера, которые затрагивают кости челюсти и прилегающие к ним мягкие ткани (клетчаточные пространства, регионарные лимфатические узлы и т.д.), причем основной причиной их возникновения являются заболевания зуба [2,3].

Цель исследования

Разработка методов прогнозирования осложнений с поражением отдаленно расположенных органов и систем у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями с помощью цитокинов крови.

Материал и методы

При обращении в городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи

у больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями с целью идентификации гнойно-септических осложнений нами проводилась оценка наличия и количества признаков синдрома системной воспалительной ответной реакции. Больные были разделены на 2 группы: основная – 47 больных, контрольная – 44. У 44 больных контрольной группы нами зарегистрировано 133 клинико-лабораторных признака синдрома системной воспалительной ответной реакции. Нами были исследованы общий анализ и биохимия крови, кроме того, в крови определяли уровень провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, TNF- α . В среднем на одного больного приходилось по три клинико-лабораторных признака. При этом у 31,8% больных у больных было по два клинико-лабораторных признака синдрома системной воспалительной ответной реакции, у 34,1% – по 3 признака и у 34,1% – по четыре клинико-лабораторных признака. Наиболее частым сочетанием клинико-лабораторных признаков синдрома системной воспалительной ответной реакции было наличие тахикардии, гипертермии и

лейкоцитоза.

Результаты исследования

Нам представляется важным рандомизировать сведения о результатах диагностики и лечения больных контрольной группы по наличию осложнений с поражением отдаленно расположенных органов и систем.

Поражение отдаленно расположенных органов и систем в виде органной дисфункции или недостаточности было выявлено у 21 (47,7%) больного. У остальных больных (52,3%) наличие признаков сепсиса было без поражения отдаленных органов и систем. Соответственно для рандомизации больных с гнойно-септическими осложнениями одонтогенных воспалительных заболеваний все они были разделены на 2 подгруппы: 1-я подгруппа – 23 (52,3%) больных, у которых был диагностирован сепсис-синдром без признаков нарушения отдаленно расположенных органов и 21 (47,7%) больной, у которого был диагностирован тяжелый сепсис с признаками органной дисфункции или недостаточности (рис. 1).

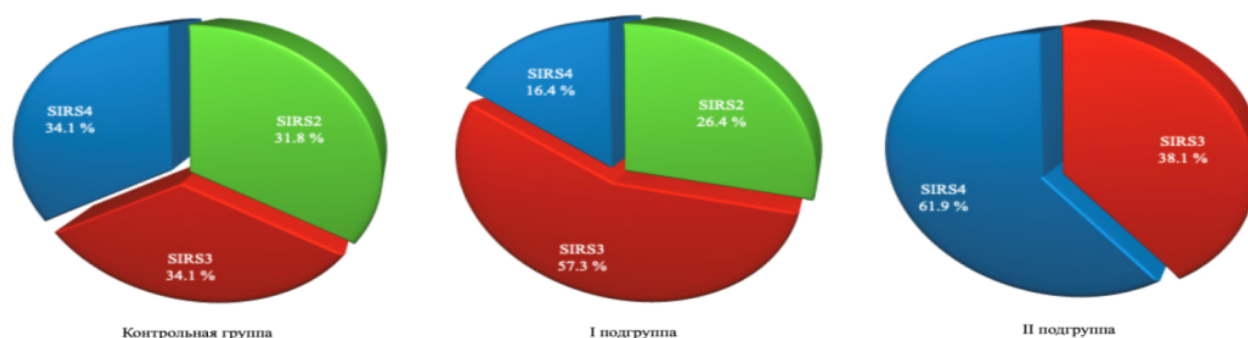


Рис. 1. Характер распределения больных с гнойно-септическими осложнениями одонтогенных воспалительных заболеваний в зависимости от количества признаков синдрома системной воспалительной ответной реакции организма.

Среди больных 1-й подгруппы преобладали лица (30,4%) с тремя клинико-лабораторными признаками синдрома системной воспалительной ответной реакции, тогда как среди больных 2-й подгруппы (61,9%) – с четырьмя признаками заболевания. Больные с отсутствием клинико-лабораторного признака синдрома системной воспалительной ответной реакции или наличием лишь одного признака в исследование не включались.

Анализ степени вовлеченности в воспалительный процесс клетчаточных пространств челюстно-лицевой области, пространств шеи и средостения показал, что у 24 (54,5%) больных поражение носило глубокий характер. При этом у 18 (85,7%) больных такое поражение было за счет больных 2-й подгруппы. У 17 (73,9%) больных 1-й подгруппы гнойно-некротический процесс носил поверхностный характер.

Корреляционный анализ динамики изменения предикторов гнойно-септических осложнений одонтогенных воспалительных заболеваний выявил высокие значения зависимости.

При анализе суммарной динамики изменений среди больных с гнойно-септическими осложнениями одонтогенных воспалительных заболеваний провоспалительный цитокин ИЛ-

1 β имел высокую прямую корреляционную связь со всеми изученными показателями (рис. 2). Выделялись корреляционные значения по отношению к С-реактивному белку ($r=0,964$) и прокальцитонину ($r=0,959$). На одинаковом уровне ($r=0,957$) оказались ИЛ-6 и ИЛ-8. Меньше всего в прямой корреляционной связи оказалось отношение ИЛ-1 β к TNF- α ($r=0,804$).

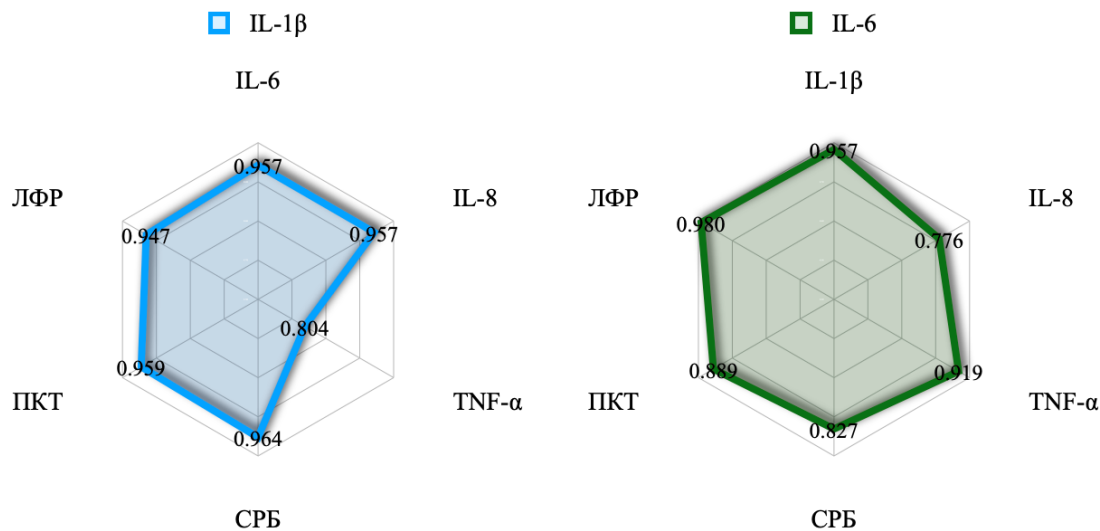


Рис. 2. Корреляционный анализ динамики изменения провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β и ИЛ-6 у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями.

Идентичная динамика изменений отмечалась между провоспалительным цитокином ИЛ-6 и маркером генерализации воспалительного процесса лактоферрином ($r=0,980$). При этом динамика изменения провоспалительного цитокина ИЛ-6, в отличие от с ИЛ-1 β , имела высокую прямую корреляционную связь с TNF- α ($r=0,919$). По отношению к динамике С-реактивного белка и прокальцитонина динамика изменений провоспалительного цитокина ИЛ-6

корреляционная связь, хотя и носила прямую зависимость, тем не менее, не отличалась высокими значениями (соответственно $r=0,827$ и $r=0,889$). Минимальную корреляционную связь провоспалительного цитокина ИЛ-6 можно отметить по отношению к провоспалительному цитокину ИЛ-8 ($r=0,776$).

Фактор некроза опухоли- α был в прямой высокой корреляционной связи с лактоферрином ($r=0,948$) (рис. 3).

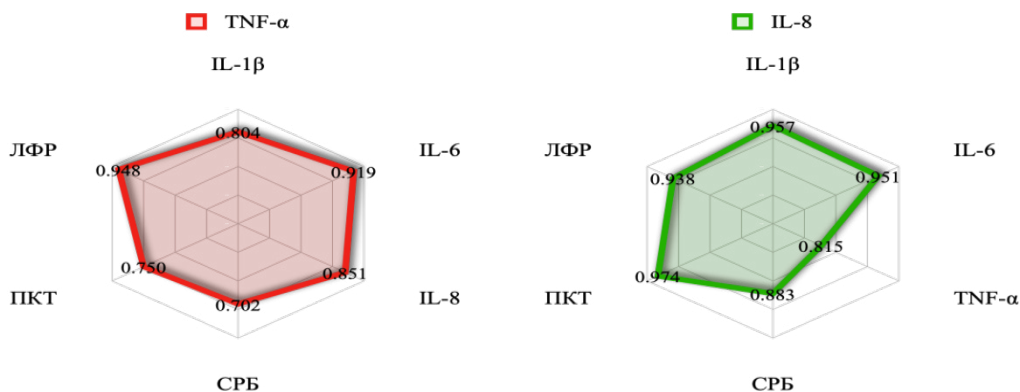


Рис. 3. Корреляционный анализ динамики изменения провоспалительных цитокинов TNF- α и ИЛ-8 у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями.

При этом с остальными маркерами генерализации инфекции (С-реактивный белок и прокальцитонин) у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями корреляционная связь TNF- α была менее выраженной (соответственно $r=0,702$ и $r=0,750$).

Изменения динамики С-реактивного белка в сыворотке крови больных с гнойно-септическими осложнениями одонтогенных воспалительных заболеваний имели идентичную прямую корреляционную связь с прокальцитонином ($r=0,885$) и лактоферрином ($r=0,892$) (рис. 4).

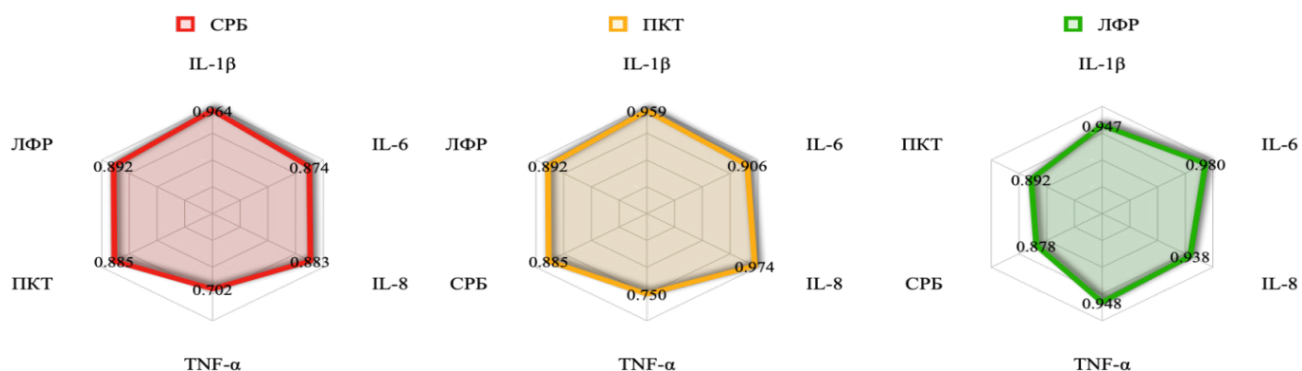


Рис. 4. Корреляционный анализ динамики изменения маркеров генерализации инфекции у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями.

Подобный характер изменений отмечался также в отношении корреляционной связи прокальцитонина и лактоферрина ($r=0,892$).

Обсуждение

Такие четкие и статистически обоснованные градационные значения еще раз свидетельствуют о достоверности исследованных параметров прогнозирования поражения отдаленно расположенных органов при генерализации гнойно-некротического процесса у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями. В связи с этим для разработки методов прогнозирования поражения отдаленно расположенных органов при генерализации гнойно-септических процессов у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями необходимо было подбирать параметры, которые прямо или косвенно могли бы отражать клинические изменения патологического процесса. Между тем, параметры, которые должны быть использованы в оценке степени вероятности поражения отдаленно расположенных органов при генерализации гнойно-некротического процесса у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями, не должны быть сложными в определении и не требовали высокотехнологичные лабораторные условия

[1,4].

Не менее важной является программа статистической обработки данных исследуемых параметров, которая должна быть доступна для использования на любом цифровом устройстве. Такая расчетная формула была создана нами в качестве программного продукта под названием «AIDOS». Данный программный продукт включает в себя определение 4 предикторов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8 и TNF- α) и 3 маркеров (С-реактивный белок, прокальцитонин и лактоферрин) генерализации воспалительного процесса и вероятности развития поражения отдаленно расположенных органов и систем.

Таким образом, характер изменения концентрации предикторов и маркеров генерализации инфекции у больных с гнойно-септическими осложнениями одонтогенных воспалительных заболеваний неоднозначен и определяется наличием поражений отдаленных органов и систем, то есть развитием полиорганной дисфункции.

Литература

1. Abdullaev Sh.Y., Babokhujaev A.S. Etiology and features of the clinical manifestation of odontogenic phlegmons // J. Educ. Sci. Med. – 2023. – Vol. 1. – P. 20-29.

2. Bassiony M., Yang J., Abdel-Monem T.M., Elmogy S. Exploration of ultrasonography in the assessment of fascial space spread of odontogenic infections // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod. – 2023. – 107, №6. – P. 861-9.

3. Ogura I., Minami Y., Sugawara Y. et al. Odontogenic Infection Pathway to the Parapharyngeal Space: CT Imaging Assessment // J. Maxillofac. Oral. Surg. – 2023. – 21, №1. – 235-239.

4. Okhunov A., Abdullaev Sh.Y., Babokhujaev A.S. Management of patients with purulent mediastinitis in the postoperative period // J. Educ. Sci. Med. – 2022. – Vol. 1, №3. – P. 32-44.

Цель: разработка методов прогнозирования осложнений с поражением отдаленно расположенных органов и систем у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями с помощью цитокинов крови. Материал и методы: больные с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями, госпитализированные в городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи, были разделены на 2 группы: основная – 47 больных, контрольная – 44. У 44 больных контрольной группы зарегистрировано 133 клинико-лабораторных признака синдрома системной воспалительной ответной реакции. У пациентов проводился общий анализ и биохимия крови, кроме того, в крови определяли уровень провоспалительных цитокинов ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, TNF- α . В среднем на одного больного приходилось по 3 клинико-лабораторных признака. Результаты: была создана расчетная формула «AIDOS». Данный программный продукт включает в себя определение 4 предикторов (ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8 и TNF- α) и 3 маркеров (С-реактивный белок, прокальцитонин и лактоферрин) генерализации воспалительного процесса и вероятности развития поражения отдаленно расположенных органов и систем. Выводы: характер изменения концентрации предикторов и маркеров генерализации инфекции у больных с гнойно-септическими осложнениями одонтогенных воспалительных заболеваний определяется наличием

поражений отдаленных органов и систем, то есть развитием полиорганной дисфункции.

Ключевые слова: цитокин, одонтогенное заболевание, ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8, TNF- α .

Maqsad: qon sitokinlari yordamida odontogen yallig'lanish kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda uzoq organlar va tizimlarning shikastlanishi bilan bog'liq asoratlarni bashorat qilish usullarini ishlab chiqish. Material va usullar: odontogen yiringli-yallig'lanish kasalliklari bilan kasallangan shahar shoshilinch tibbiy yordam klinik shifoxonasiga yotqizilgan bemorlar 2 guruhga bo'lingan: asosiy guruh - 47 bemor, nazorat guruhi - 44. Nazorat guruhidagi 44 bemorda, 133 klinik. va tizimli yallig'lanish sindromining laboratoriya belgilari qayd etildi. Bemorlarga umumiy qon testi va qon biokimyosi qo'shimcha ravishda qonda IL-1 β , IL-6, IL-8 va TNF- α yallig'lanishga qarshi sitokinlar darajasi aniqlandi. Har bir bemorda o'rtacha 3 ta klinik va laboratoriya belgilari mavjud. Natijalar: "AIDOS" hisoblash formulasi yaratildi. Ushbu dasturiy mahsulot yallig'lanish jarayonini umumlashtirishning 4 ta prediktorini (IL-1 β , IL-6, IL-8 va TNF- α) va 3 ta markerni (C-reaktiv oqsil, prokalsitonin va laktoferrin) aniqlashni va yallig'lanish jarayonining rivojlanish ehtimolini o'z ichiga oladi. uzoq organlar va tizimlarga zarar yetkazish. Xulosa: odontogen yallig'lanish kasalliklarining yiringli-septik asoratlari bo'lgan bemorlarda infektsiyani umumlashtiruvchi belgilar va markerlar kontsentratsiyasining o'zgarishi tabiati uzoq organlar va tizimlarning zararlanishi, ya'ni ko'p organlarning disfunktsiyasining rivojlanishi bilan belgilanadi.

Kalit so'zlar: sitokin, odontogen kasallik, IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF- α .

Objective: To develop methods for predicting complications involving distant organs and systems in patients with odontogenic inflammatory diseases using blood cytokines. Material and methods: Patients with odontogenic purulent-inflammatory diseases hospitalized in the city clinical emergency hospital were divided into 2 groups: the main group - 47 patients, the control group - 44. In 44 patients of the control group, 133 clinical and laboratory signs of systemic inflammatory response syndrome were registered. The patients underwent general

analysis and blood biochemistry, in addition, the level of proinflammatory cytokines IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF- α was determined in the blood. On average, there were 3 clinical and laboratory signs per patient. Results: The calculation formula «AIDOS» was created. This software product includes the definition of 4 predictors (IL-1 β , IL-6, IL-8 and TNF- α) and 3 markers (C-reactive protein, procalcitonin and lactoferrin) of the generalization of the inflammatory process and the probability of developing damage to distant

organs and systems. Conclusions: The nature of changes in the concentration of predictors and markers of infection generalization in patients with purulent-septic complications of odontogenic inflammatory diseases is determined by the presence of damage to distant organs and systems, that is, the development of multiple organ dysfunction.

Key words: cytokine, odontogenic disease, IL-1 β , IL-6, IL-8, TNF- α .

УДК: 616.717.8-002.42

ДИАГНОСТИКА ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19



Хасанов А.И., Атавуллаев М.Ж., Байходжаева Э.Б.

*Ташкентский Государственный стоматологический институт, Бухарский
Государственный медицинский институт*

Введение. Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) - это инфекционное заболевание, вызываемое коронавирусом тяжелого острого респираторного синдрома (SARS-CoV-2). COVID-19 имеет различные признаки и симптомы, но часто включает лихорадку, кашель, головную боль, гипоксию, тромбоэмболические нарушения, утомляемость, одышку, диарею, аносмию и агевзию [1]. Около 1/3 случаев инфицирования протекают бессимптомно. Среди пациентов с симптомами у 81% наблюдаются симптомы от легкой до умеренной степени тяжести, в то время как у 14% развиваются тяжелые симптомы, а у 5% - критические симптомы [2]. Пациенты с ослабленным иммунитетом и пожилые люди подвергаются большему риску развития тяжелых симптомов. Симптомы могут проявляться через 1–14 дней после контакта с COVID-19, и у некоторых пациентов сохраняются различные постковидные симптомы в течение нескольких месяцев

после выздоровления [3].

COVID-19 широко известен как заболевание, вызывающее респираторную дисфункцию, однако, оно также связано с массивными внелегочными проявлениями и осложнениями: желудочно-кишечные, гепатоцеллюлярные осложнения, неврологические заболевания, а также осложнения в челюстно-лицевой области. В эту эпоху пандемии COVID-19 пациенты с различными сопутствующими заболеваниями, наиболее часто с сахарным диабетом, подвергаются повышенному риску вторичных инфекций и системных осложнений. В челюстно-лицевой области в 98% случаях развивается деструкция костных тканей, в последующем носящее название - остеомиелит [3].

Остеомиелит представляет собой воспалительное заболевание, поражающее кость, которое обычно начинается с костномозговых пространств, быстро вовлекает Гаверсову систему, с распространением на

надкостницу пораженной области. Воспаление и отек, возникающие в результате инфекции, приводят к нарушению кровоснабжения, затем приводит к ишемии кости, которая впоследствии становится некротической [4].

Одной из основной причиной развития такого рода осложнения у пациентов, перенесших COVID-19, является мукормикоз, который представляет собой ангиоинвазивную грибковую инфекцию, вызываемую грибами порядка Mucorales, и обычно начинается в носу и околоносовых пазухах. Инфекция может возникнуть в результате вдыхания, проглатывания или загрязнения изъязвленной слизистой оболочки или кожи грибковыми спорами. Она быстро прогрессирует и потенциально деструктивна, опасна для жизни у лиц с ослабленным иммунитетом, истощением или диабетом [5,6,7].

Целью данного исследования явилась диагностика остеомиелита верхней челюсти у пациентов, перенесших COVID-19, с помощью многосрезовой компьютерной томографии.

Материалы и методы. Нами было проведено обследование с помощью мультиспиральной компьютерной томографии 37 пациентов с остеомиелитом верхней челюсти. У всех пациентов в анамнезе была перенесена инфекция COVID-19, и они были госпитализированы в отделение интенсивной терапии. Пациенты обратились за консультацией после выздоровления от COVID-19 в отделение челюстно-лицевой хирургии клиники Ташкентского государственного стоматологического института с жалобами на онемение в щечной области, у некоторых пациентов чувствовалась боль в области верхнечелюстных пазух с одной стороны, потерю одного или нескольких зубов верхней челюсти, обнаженную кость, выделения гноя и наличие зловонного запаха. У каждого пациента брали мазок для посева и инцизионную биопсию. Многосрезовая компьютерная томография (МСКТ) выполнена в спиральном режиме на аппарате “Somatom Emotion 128” (Siemens, Германия). В процессе пост процессорной обработки были произведены обязательные оценки мультипланарных реформированных

изображений (MPR) в сагиттальной и фронтальной, а также косых проекциях. Параметры сканирования были следующие: сила тока на трубке – 20 мА (миллиампер), напряжение на трубке – 130 kV (киловольт), скорость ротации трубки – 0.85 с, питч – 1.0, толщина среза 1,25мм. При анализе КТ-сканов, наряду с аксиальными срезами использованы реконструированные мультипланарные и объемные изображения. Лучевая нагрузка на больного при однократном исследовании составило 213 мЗв (миллизиверт).

Все данные, полученные в исследовании, заносились в сводные таблицы Excel. После распределения данных по группам рассчитывались групповые средние и их стандартные ошибки, сравнение проводилось с использованием парного критерия Стьюдента. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом центра. От каждого участника было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты и обсуждение. Обследованные больные были в возрасте от 28 лет до 52 лет (средний возраст – 34 ± 3 лет). Большинство больных составили мужчины – 32 (86,5%), женщин – 5 (13,5%). Длительность заболевания (от начала клинических проявлений остеомиелита до операции) была различной: до 12 нед. – 18 (48,6%) пациентов, от 1-1,5 мес. – 12 (32,5%), более 2 мес. – 7 (18,9 %). У 32 (86,4%) больных развился диабет после перенесенной корона вирусной инфекции, а у 5 (13,6%) пациентов стаж диабета составлял более 10 лет. При клиническом осмотре были выявлены поражения: у 8 (21,6%) пациентов отмечалось отсутствие твердого неба, с отсутствием зубов верхней челюсти за счет тотального некроза вышеуказанных костных тканей, с выделением гноя и зловонного запаха. Одностороннее поражение твердого неба, верхней челюсти наблюдалось у 29 (78,4%) больных.

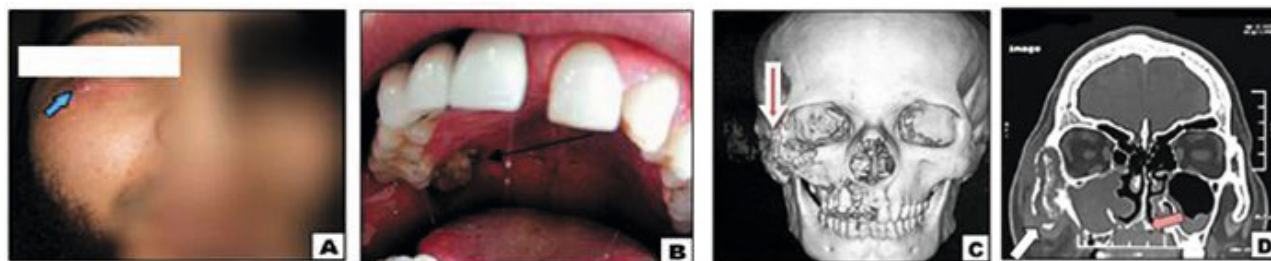


Рис.1. (А) Отек мягких тканей правой половины лица (примечание: свищевой ход нижнелатерально от глаза (стрелка)). (Б) Обнаженная некротизированная кость в правой задней части неба. (С, Д) 3D и корональный срез многосрезовой компьютерной томографии, подтверждающие деструкцию кости правой половины верхней челюсти, нижней стенки правой орбиты и нижнюю треть скуловой кости справа (стрелки).

При многосрезовой компьютерной томографии у всех пациентов были выявлены отек, утолщение мягких тканей пораженной стороны (рис.1), деструктивные изменения твердого неба, верхней челюсти, как одностороннее, так и двухстороннее (рис.2). Также были диагностированы признаки деструкция скуловой кости у 8 (21,6%) больных, стенок гайморовых, решетчатой пазух у 13 (35,1%) пациентов, у 7 (18,9%) больных отмечались признаки

деструкции стенок орбиты, в большинстве случаев поражение наблюдалось по нижней и медиальной стенкам (рис.3). У 5 (13,5%) пациентов были диагностированы деструкции крыло нёбных пластинок с эрозивными признаками стенок основной пазухи (рис.4). Все больные получали противогрибковый препарат флуконазол по 150 мг/3 дня в течение 1 месяца и 30 погружений под давлением гипербарической оксигенации (0,5 ч/сут).

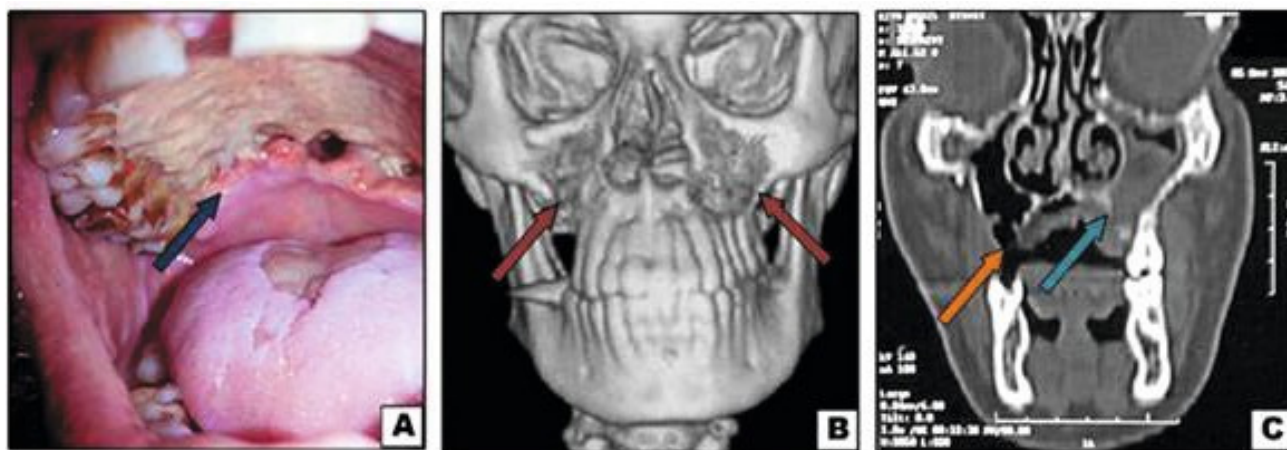


Рис.2. (А) Обнаженная некротизированная небная кость, с признаки перфорации. (Б, С) 3D и коронарный срез многосрезовой компьютерной томографии, показывающая разрушение кости верхней челюсти с обеих сторон (стрелки)

После этого пациентам проводилось хирургическое лечение, варьирующееся от санации и выскабливания до обширного удаления кости в зависимости от степени вовлечения кости в каждом случае. После

операции все пациенты получили 20 погружений с гипербарической оксигенацией (0,5 ч/день), а флуконазол по 150 мг/3 дня продолжали в течение 2 недель.

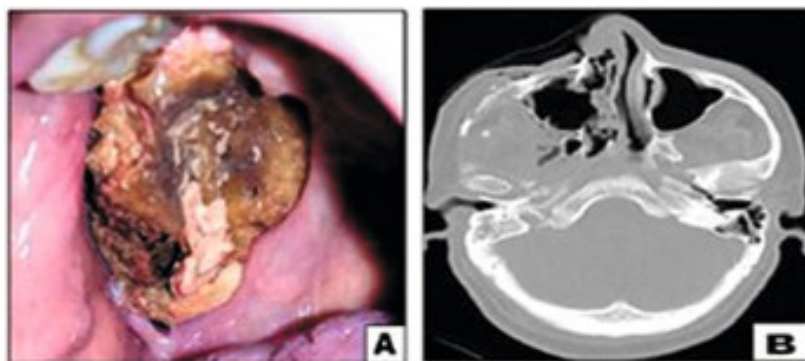


Рис 3. (А) Некротизированное твердое небо, верхняя челюсть справа. (Б–Д) Аксиальная, коронарная и сагиттальная срезы многосрезовой компьютерной томографии, доказывающие разрушение кости в твердое небо, верхней челюсти справа, а также визуализируется деструкция стенок правой гайморовой пазухи (состояние после гайморотомии), нижней стенки правой орбиты.

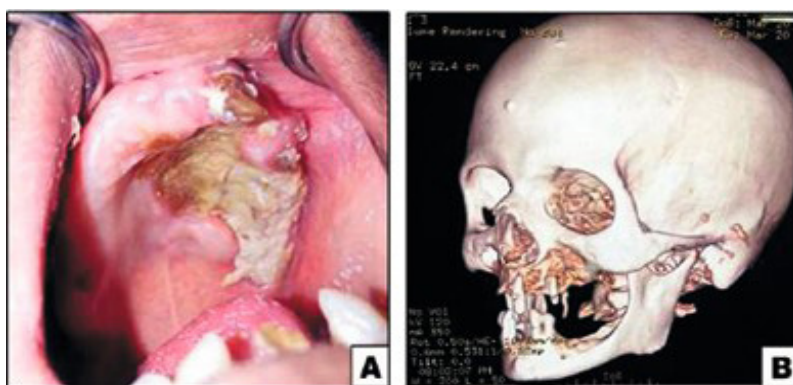


Рис. 4. (А) Некротизированное твердое небо, верхняя челюсть слева. (Б) Многосрезовая компьютерная томография 3D реконструкция, показывающая деструкцию верхней челюсти и нижней трети скуловой кости слева.

В ходе текущей пандемии COVID-19 зарегистрированы многочисленные проявления и осложнения заболевания, в том числе повышенный риск грибковых инфекций [1, 8]. Мукормикоз — грибковая инфекция, вызываемая грибами порядка Mucorales, характеризующаяся высокой заболеваемостью и смертностью, и заболеваемость продолжает повышаться. У здоровых людей рост спор мукора обычно подавляется фагоцитами, однако у людей с ослабленным иммунитетом, у которых нарушена реакция хозяина, инфекция усугубляется. Гифы мукора имеют сродство к кровеносным сосудам и проникают в них, размножаются и распространяются внутри стенок сосудов, вызывая ряд событий, таких как тромбоз, ишемия, некроз и, наконец, секвестрация вовлеченной ткани [9]. Мукормикоз возникает после вдыхания

грибковых спор и инвазии в околоносовые пазухи, вызывая некроз слизистой оболочки носа, носовых раковин и неба. При отсутствии лечения или незамеченном заболевании имеет способность распространяться по всему лицу, что приводит к некрозу костей лица и проникновению в орбиты и череп, вызывая неблагоприятный исход.

Остеомиелит верхней челюсти обычно встречается редко из-за ее богатого кровоснабжения и наличия тонких кортикальных пластинок, однако высокий ангиоинвазивный потенциал мукоровых грибов поражает эндотелиальную выстилку кровеносных сосудов, вызывая сосудистую недостаточность и некроз кости, что приводит к мукормикозному остеомиелиту [10]. Факторы риска мукормикоза включают иммуносупрессивные состояния, сахарный

диабет, онкологические больные. Ацидоз и гипергликемия у больных сахарным диабетом приводят к подавлению фагоцитарной способности гранулоцитов, ухудшению антиоксидантной системы и увеличению свободного железа в сыворотке, что способствует росту и пролиферации грибов [11].

Также известно, что COVID-19 обладает способностью вызывать тромботические осложнения, что может привести к сужению просвета сосудов, ишемии и последующему некрозу тканей [12, 13]. Кроме того, сообщалось, что у некоторых людей с COVID-19 развивается диабетоподобный синдром [14]. Ранние протоколы лечения COVID-19 содержали некоторые препараты, которые могут усиливать грибковую инфекцию (мукомикоз), такие как дексаметазон 1,5 мл/24 ч, гидроксихлорохин 400 мг/12 ч и антибиотик широкого спектра действия (Cefotaxime) 1 г/12 ч. в период болезни. Помимо основных эффектов кортикостероидов как противовоспалительного и иммунодепрессивного, стероиды могут вызывать лекарственно-индуцированную гипергликемию. Они не только усугубляют гипергликемию у пациентов с известным сахарным диабетом, но также вызывают сахарный диабет у пациентов без документально подтвержденной гипергликемии с частотой, которая может достигать 46% пациентов (это может объяснить гипергликемию после COVID-19 у пациентов без анамнеза) и повышение уровня глюкозы до 68% по сравнению с исходным уровнем, поскольку они подавляют эффективность инсулина (инсулинорезистентность) и заставляют печень высвобождать накопленную глюкозу в кровоток, чем и обусловлена грибковая активация [15]. Гидроксихлорохин в основном является противовоспалительным и иммунодепрессивным препаратом, используемым для лечения малярии, ревматоидного артрита и волчанки. Следовательно, он может снизить иммунитет пациентов и, следовательно, усилить рост

грибков [16]. Кроме того, длительное применение антибиотиков широкого спектра действия может привести к устранению конкурентного влияния нормальной бактериальной флоры, что приводит к чрезмерному росту грибов [17].

Остановившись на лучевой диагностике нужно отметить, что компьютерная томография считается более информативной, чем магнитно-резонансная томография при грибковых инфекциях, особенно при визуализации деструкций костей. Помогает визуализировать остеопороз, деструкцию, утолщение надкостницы или разрушение костей пазух носа. Компьютерная томография позволила выявить как легочные, так и внелегочные осложнения, такие как признаки тромбоза кавернозного синуса, мультифокальное поражение или периферически распределенное поражение. Размер и степень поражения указывают на распространение инфекции, обусловленных кровоизлиянием или инфарктом из-за сосудистой инвазии. Развитие инфильтратов у пациентов с осложнением средней зоны уже указывает на повреждение тканей, ангиоинвазию, тромбоз, некроз, кровотечение и отек. С другой стороны, магнитно-резонансная томография полезна для визуализации мягких тканей и оценки степени заболевания [1].

Выводы. Мукомикоз является серьезным заболеванием, которое может привести к высокой заболеваемости и смертности, и его заболеваемость растет, особенно у пациентов с диабетом. Инфекция COVID-19 играет значительную роль в развитии мукомикозного остеомиелита верхней челюсти либо непосредственно, либо как побочный эффект схемы лечения COVID-19. Многосрезовая компьютерная томография является методом выбора при костно-деструктивных осложнениях челюстно-лицевой области, в частности при мукомикозном остеомиелите верхней челюсти.

Литература / References.

1. Махмудбеков Б.О., Хасанов А.И.,

Умаров О.М., Исмаилов М.М. Современные аспекты острого одонтогенного остеомиелита челюсти у детей. Научно-практический журнал *Stomatologiya* 2020, №1 – С.75 - 81.

2. Хасанов А.И., Байходжаева Э.Б., Атавуллаев М.Ж. Проявления осложнения Covid-19 в средней зоны лица. Научно-практический журнал *Stomatologiya* 2020, №4 – С. 101-108.

3. Хасанов А.И., Байходжаева Э.Б., Атавуллаев М.Ж. Клинический случай остеомиелита верхней челюсти после перенесенного COVID-19. Материалы международной научно-практической конференции «Молодые ученые: инновационные решения в Челюстно-лицевой хирургии» Ташкент 2021-С. 81-83.

4. Yunusova LR, Khodjibekova YuM, et al. Visualization of complications of the middle zone of the person who underwent Covid-19. *Pediatrics scientific and practical journal*. 2021; 6: 25-31. DOI:10.37988/1811-153X_2022_2_94.

5. Kaye AD, Cornett EM, Brondeel KC, et al. Biology of COVID-19 and related viruses: Epidemiology, signs, symptoms, diagnosis, and treatment. *Best Pract. Res. Clin. Anaesthesiol*. 2020; 35: 269–292. DOI: 10.1016/j.bpa.2020.12.003.

6. Oran DP, Topol EJ. The Proportion of SARS-CoV-2 Infections That Are Asymptomatic: A Systematic Review. *Ann. Intern. Med*. 2021;174: 655–662. DOI: 10.7326/M20-6976.

7. Raveendran AV; Jayadevan R, Sashidharan S. Long COVID: An overview. *Diabetes Metab. Syndr*. 2021;15, 869–875. DOI: 10.1016/j.dsx.2021.04.007.

8. Prasad KC, Prasad SC, Mouli N, Agarwal S. Osteomyelitis in the head and neck. *Acta OtoLaryngol*. 2007; 127: 194–205. DOI: 10.1080/00016480600818054.

9. Leitner C, Hoffmann J, Zerfowski M, Reinert S. Mucormycosis: Necrotizing soft tissue lesion of the face. *J. Oral Maxillofac. Surg*. 2003, 61: 1354–1358. DOI: 10.1016/s0278-2391(03)00740-7.

10. Yun S, Kim C, Kwon T-G, et al. Mucormycosis of the Maxilla: A Case Report.

Korean J. Oral Maxillofac. Pathol. 2015, 39: 637–642. DOI: 7779/KAOMP. 2015. 39.5.637.

11. Cordeiro PG, Disa JJ. Challenges in midface reconstruction. In *Seminars in Surgical Oncology*; JohnWiley & Sons, Inc.: New York, NY, USA, 2000;19: 218–225. DOI: 10.1002/1098-2388(200010/11)19:3<218::aidssu3>3.0.co;2-l.

12. Werthman-Ehrenreich A. Mucormycosis with orbital compartment syndrome in a patient with COVID-19. *Am.J. Emerg. Med*. 2021; 42: 264.e265–264.e268. DOI: 10.1016/j.ajem.2020.09.032.

13. Hingad N, Kumar G, Deshmukh R. Oral Mucormycosis Causing Necrotizing Lesion in a Diabetic Patient: A Case Report. *Int. J. Oral Maxillofac. Pathol*. 2012; 3: 8–13. DOI: 10.4103/jomfp.JOMFP_77_18.

14. Jones AC, Bentsen TY, Freedman PD. Mucormycosis of the oral cavity. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol*. 1993; 75: 455–460 DOI: 10.1016/0030-4220(93)90170-9.

15. Ibrahim AS. Host cell invasion in mucormycosis: Role of iron. *Curr. Opin. Microbiol*. 2011; 14: 406–411. DOI: 10.1016/j.mib.2011.07.004.

16. Li T, Zhang Y, Gong C, et al. Prevalence of malnutrition and analysis of related factors in elderly patients with COVID-19 in Wuhan, China. *Eur. J. Clin. Nutr*. 2020; 74: 871–875. DOI: 10.1038/s41430-020-0642-3.

17. Zhang S, Liu Y, Wang X, et al. SARS-CoV-2 binds platelet ACE2 to enhance thrombosis in COVID-19. *J. Hematol. Oncol*. 2020; 13: 120. DOI: 10.1186/s13045-020-00954-7.

18. Roberts J, Pritchard AL, Treweek AT, et al. Why Is COVID-19 More Severe in Patients With Diabetes? The Role of Angiotensin-Converting Enzyme 2, Endothelial Dysfunction and the Immunoinflammatory System. *Front. Cardiovasc. Med*. 2020; 7: 629933. DOI: 10.3389/fcvm.2020.629933.

19. Tamez-Pérez HE, Quintanilla-Flores DL, Rodríguez- Gutiérrez R, et al. Steroid hyperglycemia: Prevalence, early detection and therapeutic recommendations: A narrative review. *World J. Diabetes* 2015; 6: 1073–1081. DOI:

10.4239/wjd.v6. i8.1073.

20. Dos Reis Neto ET, Kakehasi AM, de Medeiros Pinheiro M, et al. Revisiting hydroxychloroquine and chloroquine for patients with chronic immunity-mediated inflammatory rheumatic diseases. *Adv. Rheumatol.* 2020; 60: 32. DOI: 10.1186/s42358-020-00134-8.

21. Azevedo MM, Teixeira-Santos R, Silva AP, et al. The effect of antibacterial and non-antibacterial compounds alone or associated with antifungals upon fungi. *Front. Microbiol.* 2015; 6: 669. DOI.org/10.3389/fmicb.2015.00669.

РЕЗЮМЕ. Целью данного исследования явилась диагностика остеомиелита верхней челюсти у пациентов, перенесших COVID-19, с помощью мультиспиральной компьютерной томографии. Мы ретроспективно оценили лучевую визуализацию и клинические данные 37 больных, в возрасте от 28 до 52 лет с остеомиелитом верхней челюсти, перенесших COVID-19. Среди больных превалировал мужской пол. У всех пациентов наблюдался синусит и офтальмологические симптомы. Закономерность анатомического поражения верхней челюсти, полости носа, верхнечелюстной пазухи, орбиты и решетчатых клеток последовательно наблюдалась у всех пациентов. Прогрессирующее и быстрое течение, вовлечение кавернозного синуса, сосудистых структур, далее распространение вверх (внутричерепное) осложнения возможно является обычной эволюцией рино-офтальмо-церебрального мукормикоза. Мультипланарная томографическая визуализация позволяет оценить локализацию, характер, а также взаимоотношение окружающих структур, помогая в свою очередь планированию операции.

Ключевые слова: COVID-19, МСКТ, остеомиелит, верхняя челюсть, мукормикоз.

SUMMARY. The aim of this study was to diagnose osteomyelitis of the upper jaw in post COVID-19 patients using multispiral computed tomography. We retrospectively evaluated radiation imaging and clinical data of 37 patients, aged 28 to 52 years with osteomyelitis of the upper jaw, who underwent COVID-19. The male

sex prevailed among the patients. All patients had sinusitis and ophthalmic symptoms. The pattern of anatomical lesions of the upper jaw, nasal cavity, maxillary sinus, orbit, and lattice cells was consistently observed in all patients. Progressive and rapid course, involvement of the cavernous sinus, vascular structures, and further upward spread (intracranial) complications may be the usual evolution of rhinophthalmocerebral mucormycosis. Multiplanar tomographic imaging shows the localization, nature, as well as relationship of the surrounding structures, helping in turn to plan the operation.

Keywords: COVID-19, MSCT, osteomyelitis, upper jaw, mucormycosis.

АННОТАЦИЯ. Ушбу тадқиқотнинг мақсади мултиспирал компютер томографияси ёрдамида COVID-19 билан оғриган беморларда юқори жағ остеомиелитини таххислаш эди. Биз Ковид-19 билан оғриган юқори жағнинг остеомиелитига чалинган 37 та беморни текширдик, 28 ёшдан 52 ёшгача бўлган беморнинг радиацион тасвирини ва клиник маълумотларини ретроспектив равишда баҳоладик. Беморлар орасида эркак жинси устунлик қилди. Барча беморларда пансинусит ва офтальмологик аломатлар бўлган. Барча беморларда юқори жағ, бурун бўшлиғилари, кўз соҳаси ва лунж сохаларида кузатилган. Прогрессив ва тезкор курс, каверноз синуснинг иштироки, қон томир тузилмалари ва ундан юқorigа (интракраниал) асоратлар риноцеребрал мукормикознинг умумий эволюцияси бўлиши мумкин. Мультипланар томографик тасвирлаш атрофдаги тузилмаларнинг локализациясини, табиатини ва ўзаро боғлиқлигини баҳолашга имкон беради ва ўз навбатида операцияни режалаштиришга ёрдам беради.

Калит сўзлар: КОВИД-19, МСКТ, остеомиелит, юқори жағ, мукормикоз.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Ахмедов И.И., Камалова Ф.Р.

Бухарский институт медицины имени Абу Али ибн Сино, Узбекистан, г. Бухара

Совокупность причин, среди которых можно выделить недостаточно широкое применение мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний; отсутствие их комплексности и систематичности; постоянное появление и развитие новых штаммов антибиотикорезистентной патогенной микрофлоры; распространение внутригоспитальной инфекции; отсутствие плановой санации полости рта, ухудшение материально-бытовых условий и питания, экологической обстановки, изменение общей резистентности и неспецифического иммунитета и наличие соматической патологии приводит к росту заболеваемости.

Одним из путей повышения эффективности лечения стало совершенствование способов доставки антибиотиков к месту гнойно-септического очага [13]. В настоящее время в клинической практике ЧЛХ широко применяются внутри-мышечный и внутривенный способы введения антибиотиков. Реже используются внутриартериальный, эндолимфатический и лимфотропный способы антибиотикотерапии. Это объясняется отсутствием в отечественной и зарубежной литературе четких показаний к их применению. В литературе также отсутствуют данные о сочетанном применении упомянутых способов введения антибиотиков в зависимости от формы, тяжести и локализации ГВЗ ЧЛЮ и шеи. Не освещены возможные недостатки и осложнения при применении регионарной антибиотикотерапии.

Местное лечение преследуют цель

быстрейшего очищения очага воспаления от экссудата, подавления местной инфекции и стимуляции репаративных процессов. Терапия гнойно-воспалительных заболеваний ЧЛЮ имеет комплексный, многокомпонентный подход. И основным методом ее на сегодняшний день является хирургический - непереносимое вскрытие гнойного очага и его дренирование, что обеспечивает отток экссудата, предотвращает распространение гноя в соседние анатомические области.

Целью комплексного лечения является снижение интоксикации, восстановление нарушенного равновесия между организмом и средой.

Так как главным этиологическим фактором гнойно-воспалительных процессов являются микроорганизмы, то основное значение имеет воздействие на патогенную микрофлору - применение антибактериальных препаратов, как широкого спектра действия, так и с учетом чувствительности флоры.

Материал и методы: В течение 2021 – 2023 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии Бухарского областного Детского многопрофильного медицинского центра нами было обследовано 55 пациентов в возрасте от 3-х до 14 лет, находившихся на стационарном лечении по поводу острых гнойных воспалительных заболеваний, из них 30 мальчики и 25 девочки. При поступлении всех больных в стационар подробное клиническое обследование дополнялось микробиологическим и рентгенологическим исследованием, если предполагалась

одонтогенная этиология заболевания. Выполнялись ортопантограмма, обзорная рентгенограмм в боковых и прямой проекциях, панорамная или прицельная внутриротовая рентгенограмма. Это позволило во многих случаях изменить диагноз. При внешних признаках воспалительного процесса только в мягких тканях, нередко выявлялись изменения в костях, свидетельствующие об остите, хроническом остеомиелите, нагноившейся кисте и т.д. Поэтому рентгенологическое исследование, при малейшем подозрении на одонтогенную природу заболевания, в клинике стало правилом. Все больные с воспалительными процессами в челюстно-лицевой области поступали в клинику по экстренным показаниям и после постановки диагноза получали адекватное комплексное лечение в первые часы госпитализации. Лабораторное обследование больных проводилось на базе Бухарского областного многопрофильного медицинского центра, а также городской клинической стоматологической поликлиники. Перед оперативным лечением всем пациентам назначали обследование, перечень которого рассматривали в зависимости от вида обезболивания, возраста и сопутствующей патологии. В перечень обязательного обследования перед операцией под местным обезболиванием входили:

- 1) общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, тромбоциты, время кровотечения;
- 2) анализы крови на RW, маркеры гепатита В и С, ВИЧ;
- 3) биохимический анализ крови: общий белок, АЛТ, АсАТ, билирубин, глюкоза, мочевины, креатинин;
- 4) группа крови, резус-фактор;
- 5) коагулограмма;
- 6) ЭКГ;
- 7) общий анализ мочи;
- 8) осмотр терапевта;

Хирургический способ лечения включал в себя широкое вскрытие очага, всех карманов и затёков, по возможности полное иссечение некротизированных тканей; эффективное дренирование гнойного очага; раннее закрытие раны с целью создания

благоприятных условий для её заживления. Этот принцип остаётся неизменным даже при условии использования антибиотиков и других современных лекарственных средств. Как неотложное мероприятие проводили хирургическое дренирование (удаление зуба – источника инфекции, проведение внутри- и внеротовых разрезов околожелюстных мягких тканей по поводу абсцессов и флегмон, остеоперфорация и внутрикостное промывание воспалительного очага при одонтогенном остеомиелите, удаление секвестров при хроническом остеомиелите). Больные были разделены на две группы: контрольную и основную. В состав контрольной группы вошло 25 пациентов, лечившихся традиционным способом: хирургическое лечение с последующим внутримышечным назначением антибиотика цефазолина (по 1 грамму 3 раза в сутки через каждые 8 часов), витаминотерапии с целью профилактики дисбактериоза, частых полосканий полости рта растворами антисептиков. Пациентам основной группы (30 пациентов) параллельно с вышеописанным традиционным лечением на вторые сутки после оперативного вмешательства был назначен препарат Абазит - сироп (по 2 раза в сутки после еды в течение 5 суток). При поступлении в отделение челюстно-лицевой хирургии БОММЦ больных с острыми одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями было произведено определение чувствительности гнойного экссудата к антибиотикам методом бумажных дисков, которое основано на диффузии антибиотика в питательную среду. Биологический материал для микробиологических методов исследования целесообразно получать до начала антимикробной терапии. Концентрация антибиотиков в дисках подобрана таким образом, чтобы диаметры зон задержки роста стандартных тест-микроорганизмов соответствовали международным стандартам. Эта концентрация соответствует средней терапевтической дозе для стандартных штаммов микроорганизмов.

Результаты исследования: При анализе данных, полученных у больных острыми

одонтогенными воспалительными заболеваниями ЧЛЮ, у всех пациентов были выявлены локальные и общие признаки, характеризующие течение патологического состояния организма. Общая реакция организма была выражена пропорционально распространению и характеру местного гнойного процесса. Во всех случаях клиническая картина различных вариантов течения острых одонтогенных воспалительных заболеваний сопровождалась общей воспалительной реакцией и интоксикацией с резким подъёмом температуры, диффузной головной болью, выраженной общей слабостью, нарушением аппетита и диссомнией, а также воспалительными изменениями крови с наличием лейкоцитоза со сдвигом влево, высокой СОЭ и т.д.

Основными местными симптомами при поступлении больных были признаки гиперемии мягких тканей в области воспаления и наличие их отека, флюктуация и резкая болезненность окружающих мягких тканей, затруднение пережёвывания пищи, у значительной части больных отмечалась воспалительная контрактура полости рта и боль при глотании.

Проведенные исследования показали, что у 97,5 % больных основной группы (30 пациентов) уже к концу первых суток после начала лечения болевой синдром, гноеотделение из раны, гиперемия и отек мягких тканей в зоне воспаления значительно уменьшались. В контрольной группе (25 пациентов), леченных традиционными методами, купирование указанных симптомов у 88,3 % больных наблюдалось, в среднем, на $2,3 \pm 1,05$ суток позже, чем в основной группе, причем у 11,7 % больных потребовалось еще на $2,9 \pm 1,3$ суток больше времени для купирования данных клинических признаков. Результаты исследования показали, что при поступлении больных, наиболее характерными клиническими признаками были боль, асимметрия лица за счет припухлости, гиперемия кожных покровов, наличие инфильтрата и флюктуации. Наблюдалась слабость, нарушение аппетита, учащение пульса, выделения гноя из раны,

припухлость и увеличение регионарных лимфатических узлов. У 55 исследуемых больных с одонтогенными гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в гное были выделены грамположительные, грамотрицательные бактерии и дрожжеподобные грибы рода *Candida*.

Литературы:

1. Абдуллаев Ш.Ю., Хасанов А.И. Микробиологический контроль при лечении больных с травматическим остеомиелитом нижней челюсти // Проблемы стоматологии.- 2001.- №4.- с.63-64.

2. Азимов М.И. Диагностика и патогенетические аспекты терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области: Дис. ...д-ра мед. наук.- Ташкент.-1991.-140с.

3. Азимов М.И., Кутыркина Н.Ю. Влияние обработки гнойных ран челюстно-лицевой области у детей низкочастотным ультразвуком на процессы перекисного окисления липидов и состояние антиоксидантной защиты // Новое в стоматологии.- 2001.- №5.- С.85-87.

4. Бажанов Н. Н. Особенности лечения соматических больных с острыми гнойными заболеваниями тканей челюстно-лицевой области и шеи // Клиника, диагностика, лечение, профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи.— М.: Изд-во ГЭОТАР-Мед, 2002.- С. 79-84.

5. Камалова Ф.Р. Изменение микрофлоры и неспецифических факторов защиты у детей при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области. «Актуальные вопросы стоматологии детского возраста»// Вторая Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Сайфуллиной Халимы Мухлисовны. Сборник научных статей. — 2019. — С. 70-74.

6. Камалова Ф.Р. Изучение важных аспектов в развитии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей// Проблемы биологии и медицины. - 2017. - № 4,1 (98). — С. 69.

7. Махкамова Ф.Т. Совершенствование диагностики и лечения острого одонтогенного

остеомиелита у детей.: Дис... канд. мед. наук.-Т.,2006.-119 с.

8. Махсумова С.С., Йулдошхонова О.С., Шукурова Г.Р., Применение препарата «Имудон» при заболеваниях слизистой оболочки полости рта. //Stomatologiya. -2000.-№2.-С. 84-85.

Аннотация: Сложность и многоплановость задач лечения больных с гнойными заболеваниями ЧЛО обуславливает необходимость комплексного их решения, которое заключается в сочетании хирургических и консервативных методов, направленных на борьбу с патогенной микрофлорой, общей интоксикацией организма, стимуляции процессов регенерации. Однако, специфика ЧЛО не всегда позволяет выполнять широкую хирургическую обработку ран и поэтому местное лечение после проведенного оперативного вмешательства остается актуальным методом выбора.

Ключевые слова: воспаление, расплав гноя, челюстно-лицевая область, обработка ран, антибиотики, регенерация

Abstract: The complexity and complexity of the tasks of treating patients with purulent CHLO diseases necessitates their comprehensive solution,

which consists in a combination of surgical and conservative methods aimed at combating pathogenic microflora, general intoxication of the body, and stimulation of regeneration processes. However, the specifics of CHLO do not always allow for extensive surgical treatment of wounds, and therefore local treatment after surgery remains the relevant method of choice.

Keywords: inflammation, pus melt, maxillofacial area, wound treatment, antibiotics, regeneration

Annotatsiya: yiringli kasalliklari bo'lgan bemorlarni davolash vazifalarining murakkabligi va ko'p qirraliligi ularni har tomonlama hal qilishni talab qiladi, bu patogen mikrofloraga, tananing umumiy intoksikatsiyasiga, regeneratsiya jarayonlarini rag'batlantirishga qaratilgan jarrohlik va konservativ usullarning kombinatsiyasidan iborat. Biroq, CHLO o'ziga xos xususiyatlari har doim ham yaralarni keng jarrohlik davolashni amalga oshirishga imkon bermaydi va shuning uchun operatsiyadan keyin mahalliy davolash tegishli tanlov usuli bo'lib qolmoqda.

Kalit so'zlar: yallig'lanish, yiringning erishi, yuz-jag' sohasi, yaralarni davolash, antibiotiklar, regeneratsiya

Ортопедическая стоматология

УДК: 616.853.9+616.314-089.23

СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА И ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЗУБНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ



Махмудов М. Б., Салимов О. Р., Нигматов Р.Н. Султонов Ш.Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность:
В настоящее время становится актуальным изучение стоматологической патологии у больных с психическими и

психосоматическими расстройствами. Лечение психически больных обусловлено пожизненным применением психотропных препаратов (нейролептиков,

антиконвульсантов, антидепрессантов и др.), которые изменяют функции вегетативной нервной системы и вызывают обменные и эндокринные нарушения.

В мире активно ведутся исследования, направленные на оптимальный выбор зубных протезов для больных эпилепсией, с уклоном в использование несъемных конструкций. Однако этот вопрос остаётся малоизученным, несмотря на его важность для практики, поскольку не во всех случаях возможно использование несъемных протезов. При этом критически важно исследовать возможности различных конструкций зубных протезов и механизмы адаптации к ним, а также отслеживать изменения рефлексов на протез как на инородное тело, что поможет определить отношение больных с эпилепсией к протезу.

Таким образом, на сегодняшний день, нет определенных протоколов по протезированию этой группы больных, а существование большой группы больных, протезирование которых невозможно только с использованием несъемных конструкций усугубляет положение. Также состояние гигиены полости рта больных страдающих эпилепсией протезированных съемными протезами находится на неудовлетворительном уровне. Все это дает нам право утверждать об актуальности данной темы.

Цель исследования. Изучить состояние органов полости рта и разработать ортопедическую стоматологическую тактику зубного протезирования больным страдающих эпилепсией.

Материалы и методы:

В исследовании участвовали 105 пациентов разделенные на 2 группы. В первой (контрольной) группе состояло 48 соматически здоровых пациентов, соотношение по полу составляло 31 женщина на 17 мужчин.

Вторая (основная) группа состояла из 57 пациентов, страдающих эпилепсией, половое соотношение в данной группе составило 32 женщины на 25 мужчин.

План обследования включает оценку общего состояния больных (заключение специалистов) и состояния органов полости рта (заключение стоматолога).

Нами изучены анамнез, жалобы, антропометрия лица и челюстей, состояния СОПР, зубов, зубных рядов и прикуса.

Были использованы следующие методы исследования: клинико-стоматоскопические, гнатодинамометрические исследование опорных зубов, термометрия, определение патологической подвижности зубов, рентгенографии (дентальная и ортопантомография) зубов и челюстей.

Результаты исследования:

У обследованных больных, страдающих эпилепсией часто имеет место поражение твердых тканей зубов кариозным процессом, а также нарушение целостности зубных рядов и зубов чисто механическими причинами (вызванных внезапным падением больного, то ли вследствие неправильного оказания помощи больному со стороны окружающих его лиц, которые нередко пытаются ввести в рот больному металлическую ложку между зубами во время судорожного припадка или какой-либо другой жесткий предмет), и в силу химических, термических и других причин, связанных с особенностями как питания, так и медикаментозного лечения больных. Вследствие указанного у больных эпилепсией нарушаются функции жевательного аппарата, и большинство из них нуждаются в зубном протезировании.

Всем обследованным пациентам было проведено стоматоскопическое обследование, в результате которого мы обнаружили: что у лиц, пользовавшихся мостовидными протезами (в их число входят также лица, пользующиеся и одиночными коронками и консольными мостовидными протезами) из 75 единиц протезов у 32 (42,67%) отвечали функциональным и эстетическим требованиям. А 43 единиц протезов (57,33%) — были негодными из-за нарушения окклюзии, нарушения взаимоотношения тела мостовидного (или консольного) протеза со слизистой оболочки альвеолярного отростка, откола пластмассовых фасеток от тела мостовидного протеза, нарушение взаимоотношение слизистой оболочки десневого кармана с краем опорных коронок и других причин (рис. 1).

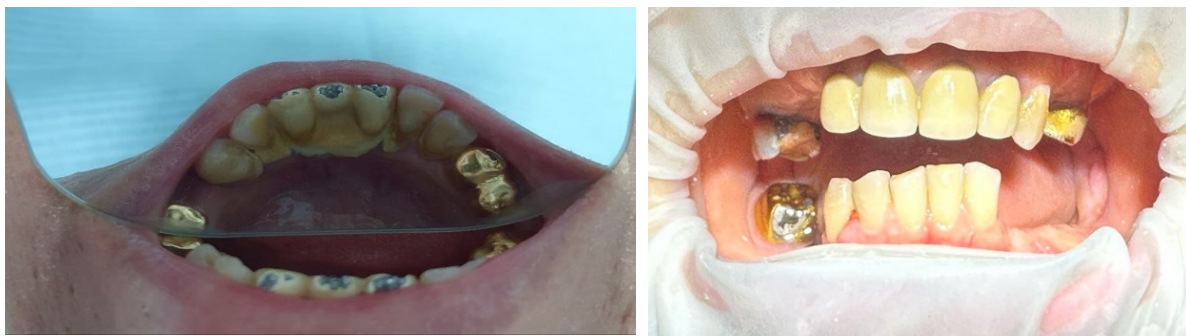


Рис. 1: Состояние старых несъемных конструкций у больных, страдающих эпилепсией

У лиц, пользовавшихся частичными съемными протезами (в их число входят также лица, пользующиеся и одиночными коронками и мостовидными протезами) из 18 единиц протезов (у 12 человек) 11 единиц (61,1 %) не отвечали функциональным и эстетическим требованиям.

У лиц, пользовавшихся полными съемными протезами из 22 единиц протезов у 15 человек только 4 единицы (18,18%) отвечали функциональным и эстетическим требованиям, а остальные подлежали замене

новыми. Кроме того, поломка съемных протезов во время эпилептических припадков могут привести к травмированию слизистой оболочки полости рта, а также больные могут часть протеза проглотить или эти его частицы протеза могут попасть в дыхательные пути (рис. 2).

Больные плохо соблюдали гигиену полости рта и протезов. На поверхности протезов отмечали множество налета и загрязнений, отмечался неприятный запах.



Рис. 2. Состояние частично-съемных и полных съемных протезов у пациентов, страдающих эпилепсией.

Этим больным было проведено следующее лечение:

Ортопедическое лечение несъемными зубными протезами проведено 38 (55,4%) больным. Всего изготовлены 84 мостовидных протеза.

Частота нуждаемости в съемных протезах нарастала по мере увеличения продолжительности фонового заболевания.

Выбор конструкции протеза определялся степенью предрасположенности тканей пародонта и СОПР к патологическим изменениям.

Ортопедическое лечение проведено 43 (62,39%) больным. При этом нами проведено избирательное пришлифовывание зубов у 23 больных, изготовлены 84 мостовидных протезов.

32 больным были изготовлены съемные (частичные и полные) пластиночные протезы (рис. 3). В связи с этим, нами использованы

частичные съемные и полные съемные протезы из акриловых пластмасс с применением стандартных или литых металлических сеток (Рис. № 2-а).

Такие протезы не ломаются, а в редких случаях при их поломки, целостность протеза сохраняется.

Нами также были использованы новый материал полимерно-волоконистой структуры для изготовления гибких съемных протезов (Valplast) (рис. 2-б, с). Гибкий материал исключает процесс усадки и инвазивное воздействие. Эти протезы имеют более простую конструкцию и, в то же время, отвечает всем основным требованиям.

Каждый съемный протез из Валпласта застрахован от разлома и трещин в базовом материале. Кроме того, такие протезы не вызывают аллергию, так как у них отсутствуют свободные мономеры.

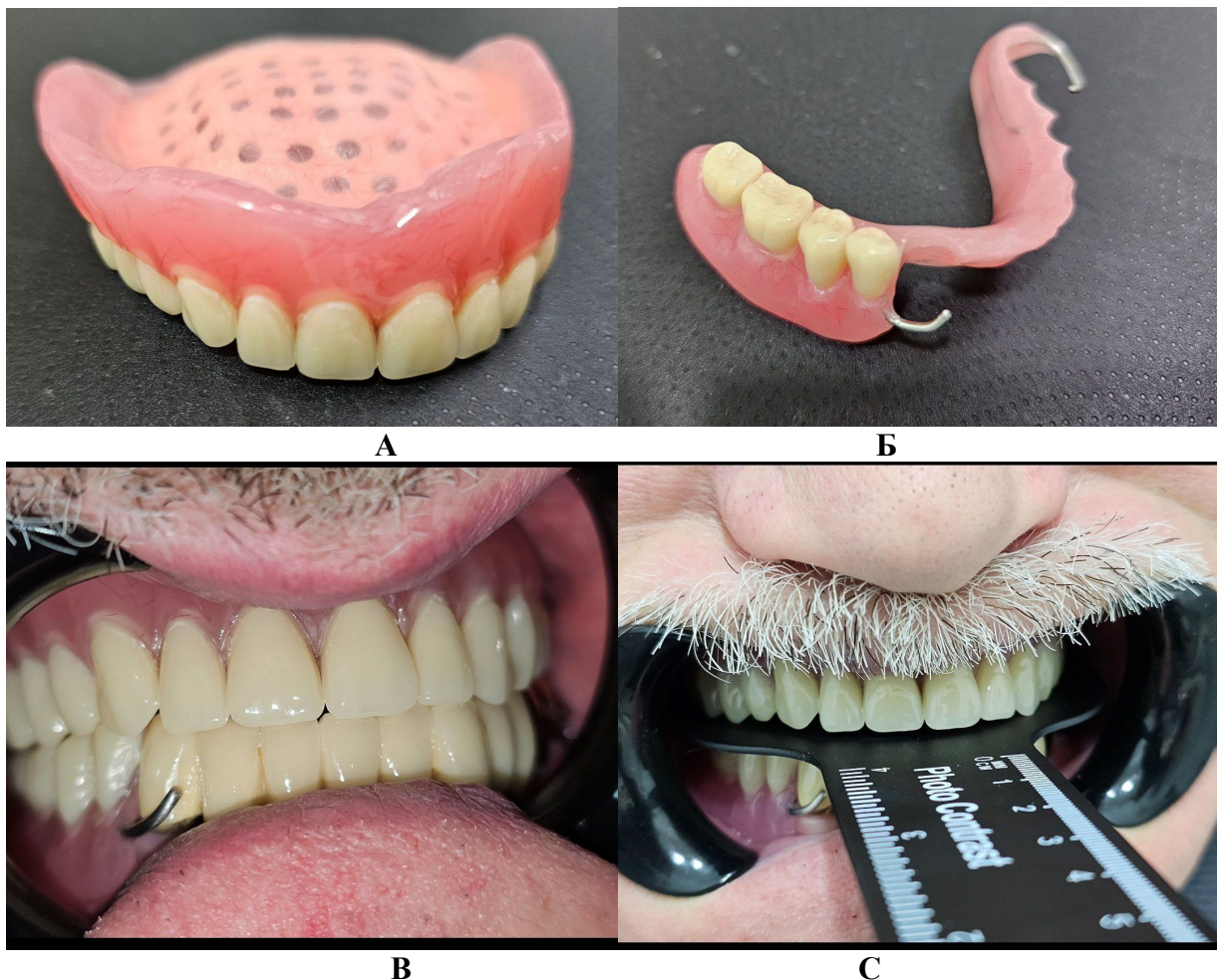


Рис. 3: Изготовленные съемные протезы для пациента, страдающего эпилепсией.

Применение цельнолитых мостовидных протезов, частичных пластиночных протезов с использованием элементов шинирования отдельно стоящих или ослабленных групп зубов оправдано у больных с заболеваниями внутренних органов.

При выборе конструкций протезов руководствовались данными стоматологического статуса и функциональных методов исследований: гнатодинамометрии опорных зубов, термометрии, определении патологической подвижности зубов, рентгенографии зубов и челюстей.

Кроме этого, был разработан комплекс общих и местных мероприятий для ухода за протезами и поддержания здоровья полости рта:

Для общесоматического лечения эпилепсии со стороны психиатров были назначены психотропные лекарственные средства, в виде “Триоксазин” и “Предизин”, которые имеют меньшие побочные действия. Также были назначены препарат “Остеогенон” для поддержания общего уровня костной ткани челюстей.

Для местного использования назначили “Элюдрил” для полоскания, с целью поддержания гигиены полости рта, “Пародиум” для местного нанесения на слизистую оболочку, с целью улучшения кровообращения и антисептического воздействия на протезное ложе. Для ежедневного использования во время чистки зубов, с целью комплексного ухода за полостью рта назначали препарат “Эльгидиум”.

Контрольной группе больным было проведено протезирование по стандартному протоколу исходя из клинического состояния полости рта и протезного ложа пациентов.

Таким образом, при наблюдении больных после замены неудовлетворительных конструкций на новые, кроме того протезирования оставшихся дефектов зубных рядов, как в контрольной группе, так и в основной пациентами отмечалось повышение качества жизни.

Выводы:

1. Протезирование больных эпилепсией является необходимым и целесообразным

мероприятием.

2. Во всех случаях пользование протезами улучшало психическое и общее состояние больных.

3. Протезирование больных эпилепсией съемными зубными протезами не противопоказано, особенно при изготовлении протезов по нами предложенной методике.

Список литературы:

1. Бабич, В. В. «Сложность и стратегия лечения стоматологических пациентов с эпилепсией.» Клиническая стоматология 24.2 (2021): 111-115.

2. Гильманова Н.С. Адаптация к полному съемным зубным протезам лиц среднего возраста в зависимости от их психоэмоционального статуса : научное издание /Н.С. Гильманова, Е.В. Орестова, И.А. Воронов // Рос. стоматологический журнал. - М., 2007. №3. - С. 26-29. -

3. Клёмин В., Нигматов Р. и др. Сравнительная характеристика физико-механических свойств термопластических базисных материалов на основе полиамидов с другими стоматологическими базисными материалами //Stomatologiya. – 2017. – Т. 1. – №. 3 (68). – С. 87-90.

4. Нигматов Р. Н., Юлдашев О. Т., Калменова Г. Т. Состояние протезного ложа у больных с различными общесоматическими заболеваниями //Стоматология. – 2000. – №. 2. – С. 34.

5. Нигматов Р., Юлдашев О. Состояние твердых и мягких тканей полости рта у больных, страдающих психическими заболеваниями //Stomatologiya. – 2018. – Т. 1. – №. 4 (73). – С. 25-27.

6. Полимерные материалы в ортопедической практике для несъемных конструкций. /В.А.Клёмин, Р.Н.Нигматов, В.Е.Жданов, О.Т.Юлдашев, Н.Р.Нигматова// Журнал «Stomatologiya» Среднеазиатский научно-практический журнал. № 1-2, 2013. с- 44-47.

7. Попова, И. А., А. Х. Машурян. «Индивидуальный подход к выбору стоматологических манипуляций у больных эпилепсией.» Бюллетень медицинских интернет-конференций. Vol. No. 7. Общество

с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2018.

8. Салимов О. Р. и др. Нарушения биологии полости рта у больных,

страдающих пузырчаткой // O'zbekistonda fanlararo innovatsiyalar va ilmiy tadqiqotlar jurnali. – 2023. – Т. 2. – №. 15. – С. 610-623.

9. Салимов, О. Р., М. Б. Махмудов. «Увеличение десны и связанные с судорогами травмы ротовой полости у пациентов с эпилепсией.» Интегративная стоматология и челюстнолицевая хирургия 1.2 (2022): 207-209.

Аннотация. В целях разработки рекомендаций при протезировании больных страдающих эпилепсией проведено исследование состояния существующих протезов и изучены существующие протоколы протезирования таких больных.

Выявлено, что при протезировании таких больных придерживаются протоколов протезирования соматически здоровых пациентов, а состояние существующих протезов признано неудовлетворительным и имеют показания к замене.

Ключевые слова: эпилепсия, протезирование, протез.

Annotation. In order to develop recommendations for prosthetics for patients suffering from epilepsy, a study of the state of existing prostheses was carried out and existing protocols for prosthetics for such patients were studied. It was revealed that when providing prosthetics for such patients, prosthetics protocols for somatically healthy patients are followed, and the condition of existing prostheses is considered unsatisfactory and has indications for replacement.

Key words: epilepsy, prosthetics, prosthesis.

УДК: 617.6+616.31

ВЛИЯНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЗУБОВ НА ДИНАМИКУ РАННИХ ПРЕДИКТОРОВ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНОГО ПРОЦЕССА В ПЕРИИМПЛАНТАТНОЙ ЗОНЕ



Ярикулов Ш.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт

При лечении пациентов с частичным и полным отсутствием зубов ортопедическими конструкциями с опорой на дентальные имплантаты важным является планирование оперативного вмешательства, выбор имплантационной системы и ортопедической конструкции, прогнозирование исхода избранного комплекса мероприятий [1,4]. Актуальна объективная оценка морфофункциональных характеристик состояния мягких тканей и костных структур, прилежащих к дентальному имплантату [5]. Она позволяет предотвратить ошибки, которые могут приводить к нарушению

процессов остеоинтеграции в системе челюсть – дентальный имплантат и способствовать развитию ранних и поздних воспалительно-деструктивных осложнений [2,3].

Цель исследования

Определение уровней маркеров β-CrossLaps, СРБ, остеокальцина после ортопедического лечения пациентов с применением усовершенствованных технологий протезирования с опорой на дентальные имплантаты.

Материал и методы

В исследование включены 52 пациента

основной и 12 пациентов контрольной группы. Критерии включения пациентов в исследование: любой пол; частичное отсутствие зубов I и II классов по Кеннеди. Критерии исключения: наличие зубочелюстных аномалий, заболеваний эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта.

Пациенты основной группы были разделены на две подгруппы. В основную группу 1 вошли 12 пациентов: 4 мужчин и 8 женщин в возрасте 45-65 лет. Пациентам этой группы установили съемные ортопедические конструкции с металлическим каркасом и фиксирующими элементами. Использовали телескопические коронки и замковые крепления. Было установлено 28 разборных дентальных имплантатов нашей конструкции.

Контрольную группу составили 12 пациентов: 3 мужчин и 9 женщин в возрасте 45-65 лет, которым были изготовлены съемные ортопедические конструкции из акриловых пластмасс с опорой на дентальные имплантаты, выпускаемые серийно. Фиксирующие элементы располагались в базисе съемной ортопедической конструкции; в зависимости от дефекта зубного ряда устанавливали 2-3 дентальных имплантата.

При обследовании пациентов оценивали стоматологический статус. Всем участникам проводили биохимический анализ образцов ротовой жидкости путем определения метаболических показателей: β -CrossLaps, СРБ, остеокальцина. Изучение метаболических процессов гомеостаза полости рта представляет собой неинвазивный метод исследования. Оценку метаболических процессов в костной ткани пациентов контрольной и основной групп проводили через 6 месяцев после ортопедического лечения. На этапе биохимического исследования слюны у пациентов признаков острых соматических заболеваний не наблюдалось.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием t-критерия Стьюдента на персональном компьютере под управлением операционной системы Microsoft Windows 10 с применением статистического пакета SPSS Statistics 21.0

(лицензия № 20130626-3; США). Применяли параметрический t-критерий Стьюдента, а также непараметрический дисперсионный анализ Краскела – Уоллиса и тест Манна – Уитни.

Результаты исследования

В таблице представлены значения метаболических показателей образцов ротовой жидкости у пациентов контрольной и основной групп через 6 месяцев после ортопедического лечения.

В основной группе содержание β -CrossLaps в ротовой жидкости в среднем составило $0,0126 \pm 0,002$ нг/мл, в контрольной группе — $0,0147 \pm 0,002$ нг/мл. В процессе резорбции костной ткани телопептиды с остатками молекул коллагена попадают в ротовую жидкость. Содержание СРБ в ротовой жидкости у пациентов основной группы в среднем составило $0,358 \pm 0,019$ мг/л, у пациентов контрольной группы — $0,78 \pm 0,01$ мг/л.

Для оценки метаболических процессов в костной ткани пациентов после проведенного ортопедического лечения нами была проведена оценка содержания остеокальцина в ротовой жидкости. В основной группе оно составило в среднем $1,46 \pm 0,25$ нг/мл, в контрольной группе — $1,98 \pm 0,31$ нг/мл. Остеокальцин, белок костного матрикса, содержащий γ -карбоксиглутаминовую кислоту, способствует фиксации ионов кальция и создает условия для минерализации. Остеокальцин обладает хемотаксическими свойствами по отношению к клеткам-предшественницам остеобластов и остеокластов, привлекая их в зону остеогенеза. В основной группе биохимические показатели у 3 пациентов имели следующие значения: β -CrossLaps — $0,0295 \pm 0,002$ нг/мл, СРБ — $1,17 \pm 0,03$ мг/л, остеокальцин — $2,92 \pm 0,11$ нг/мл. В контрольной группе у 3 пациентов значения β -CrossLaps составили $0,0463 \pm 0,002$ нг/мл, СРБ — $1,49 \pm 0,01$ мг/л, остеокальцин — $3,11 \pm 0,17$ нг/мл. Метаболические показатели пациентов контрольной группы свидетельствуют о деструктивных процессах в костной ткани, характерных для периимплантита. Количество осложнений в основной и контрольной

группах пациентов составило соответственно 5,8 и 16,7%.

Обсуждение результатов

Анализ СРБ представляется объективным методом скрининга активности воспалительного процесса у пациентов контрольной и основной групп после проведения дентальной имплантации с использованием серийно выпускаемых дентальных имплантатов, разборных дентальных имплантатов и проведенного ортопедического лечения с использованием усовершенствованных ортопедических конструкций. Для оценки метаболических процессов в костной ткани пациентов после операции дентальной имплантации нами была проведена оценка содержания остеокальцина.

Увеличение уровня остеокальцина в ротовой жидкости свидетельствовало о снижении минерализации в периимплантной зоне и пластических ресурсов костной ткани у пациентов контрольной группы. Повышенное содержание СРБ отражает выраженность

воспалительной реакции, что позволило получить дополнительные оценочные критерии для характеристики патологического процесса. У пациентов контрольной группы через 3 месяца противовоспалительной и антимикробной терапии произошло снижение уровня биохимических показателей. Более низкие уровни показателей воспаления у пациентов основной группы по сравнению с контрольной мы связываем с использованием усовершенствованных ортопедических конструкций и фиксирующих элементов с опорой на титановые абатменты разборных дентальных имплантатов.

При анализе содержания белков остеоатрикса в слюне установлено резкое увеличение фрагментов распада β -CrossLaps и рост концентрации остеокальцина и СРБ. Эти данные свидетельствуют о специфике выявленных нарушений биохимического состава ротовой жидкости при ускорении остеокластических процессов у пациентов с осложнениями.

Таблица

Метаболические показатели β -CrossLaps, СРБ, остеокальцина у пациентов контрольной и основной групп через 6 месяцев после дентальной имплантации

Показатель	Референсные значения	Основная группа		Контрольная группа
		1-я	2-я	
β -CrossLaps, нг/мл	0,01±0,001	0,0123±0,002*	0,0128±0,002*	0,0147±0,002
СРБ, мг/л	0,1±0,001	0,241±0,013*	0,476±0,024*	0,78±0,01
Остеокальцин, нг/мл	1,11±0,11	1,33±0,26*	1,58±0,24	1,98±0,31

Примечание. * – $p < 0,05$ по сравнению с данными лиц контрольной группы.

Характерным показателем усиленной резорбции костной ткани является установленное увеличение содержания фрагментов коллагена (β -CrossLaps), остеокальцина, СРБ.

Выводы

1. Такие метаболические показатели, как β -CrossLaps, СРБ, остеокальцин, у пациентов после дентальной имплантации информативны относительно прогнозирования осложнений при использовании различных видов дентальных имплантатов.

2. Более низкий процент осложнений и

меньшее отклонение от нормы показателей воспаления у пациентов основной группы по сравнению с контрольной предположительно связаны с использованием усовершенствованных ортопедических конструкций и фиксирующих элементов с опорой на титановые абатменты разборных дентальных имплантатов.

Литература

1. Aziz S. Hard and soft tissue surgical complications in dental implantology Oral Maxillofac // Surg. Clin. North Amer. – 2015. – Vol. 27, №2. – P. 313-318.

2. Boronat-Catala M., Catala-Pizarro M., Bagan S.J. Salivary and crevicular fluid interleukins in gingivitis // J. Clin. Exp. Dent. – 2014. – Vol. 6, №1. – P. 175-179.

3. Greenstein G., Carpentieri J., Cavallaro J. Nerve damage related to implant dentistry: incidence, diagnosis, and management // Compend. Contin. Educ. Dent. – 2015. – Vol. 36, №9. – P. 652-659.

4. Guobis Z., Pacauskiene I., Astramskaite I. General diseases influence on peri-implantitis development: a systematic review // J. Oral. Maxillofac. Res. – 2016. – Vol. 7, №5. – P. 9-14.

5. Lohmann C.H., Rampal S., Lohrengel M., Singh G. Imaging in peri- prosthetic assessment: an orthopaedic perspective // EFORT Open. Rev. – 2017. – Vol. 2, №5. – P. 117-125.

Цель: определение уровней маркеров β -CrossLaps, СРБ, остеокальцина после ортопедического лечения пациентов с применением усовершенствованных технологий протезирования с опорой на дентальные имплантаты. **Материал и методы:** в исследование включены 52 пациента основной и 12 пациентов контрольной групп. Пациенты основной группы были разделены на две подгруппы. В основную группу 1 вошли 12 пациентов: 4 мужчин и 8 женщин в возрасте 45-65 лет. Пациентам этой группы установили съемные ортопедические конструкции с металлическим каркасом и фиксирующими элементами. Использовали телескопические коронки и замковые крепления. Было установлено 28 разборных дентальных имплантатов нашей конструкции. **Результаты:** показано, что биохимические маркеры ротовой жидкости можно использовать для прогнозирования осложнений после установки дентальных имплантатов. Протезирование усовершенствованными конструкциями на разборных дентальных имплантатах сопряжено с меньшим количеством осложнений. **Выводы:** более низкий процент осложнений и меньшее отклонение от нормы показателей воспаления у пациентов основной группы по сравнению с контрольной предположительно связаны с использованием усовершенствованных ортопедических конструкций и фиксирующих

элементов с опорой на титановые абатменты разборных дентальных имплантатов.

Ключевые слова: съемные ортопедические конструкции, разборный дентальный имплантат, метаболические показатели β -CrossLaps, С-реактивный белок, остеокальцин.

Maqsad: dental implantlar tomonidan qo'llab-quvvatlanadigan ilg'or protez texnologiyalaridan foydalangan holda bemorlarni ortopedik davolashdan keyin b-CrossLaps, CRP, osteokalsin markerlari darajasini aniqlash. **Material va usullar:** tadqiqotda asosiy guruhdagi 52 bemor va nazorat guruhidagi 12 bemor ishtirok etdi. Asosiy guruhdagi bemorlar ikkita kichik guruhga bo'lingan. Asosiy guruh 1 12 bemorni o'z ichiga oldi: 45-65 yoshdagi 4 erkak va 8 ayol. Ushbu guruhdagi bemorlarga metall ramka va mahkamlash elementlari bo'lgan olinadigan ortopedik tuzilmalar o'rnatildi. Teleskopik tojlar va qulflash mahkamlagichlari ishlatilgan. Bizning dizayndagi 28 ta olinadigan dental implantlar o'rnatildi. **Natijalar:** og'iz bo'shlig'i suyuqligining biokimyoviy markerlari tish implantatsiyasidan keyingi asoratlarni bashorat qilish uchun ishlatilishi mumkinligi ko'rsatildi. Ehib olinadigan tish implantlarida yaxshilangan dizaynga ega protezlar kamroq asoratlar bilan bog'liq. **Xulosa:** nazorat guruhiga nisbatan asosiy guruhdagi bemorlarda asoratlarning past foizi va yallig'lanish ko'rsatkichlarining me'yoridan kichikroq og'ish, ehtimol, yaxshilangan ortopedik tuzilmalar va olinadigan tish implantlarining titan tayanchlari bilan qo'llab-quvvatlanadigan mahkamlash elementlaridan foydalanish bilan bog'liq.

Kalit so'zlar: olinadigan ortopedik tuzilmalar, olinadigan dental implant, metabolik indekslar b-CrossLaps, C-reaktiv oqsil, osteokalsin.

Objective: To determine the levels of β -CrossLaps, CRP, osteocalcin markers after orthopedic treatment of patients using improved prosthetic technologies supported by dental implants. **Material and methods:** The study included 52 patients in the main group and 12 patients in the control group. Patients in the main group were divided into two subgroups. The main group 1 included 12 patients: 4 men and 8 women aged 45-65 years. Patients in this

group were fitted with removable orthopedic structures with a metal frame and fixing elements. Telescopic crowns and clasp attachments were used. A total of 28 detachable dental implants of our design were installed. **Results:** It was shown that biochemical markers of oral fluid can be used to predict complications after the installation of dental implants. Prosthetic restoration with improved structures on detachable dental implants is associated with fewer complications. **Conclusions:** A lower percentage of

complications and a smaller deviation from the norm of inflammation indicators in patients of the main group compared to the control group are presumably associated with the use of improved orthopedic structures and fixing elements supported by titanium abutments of detachable dental implants.

Key words: removable orthopedic structures, detachable dental implant, β -CrossLaps metabolic indicators, C-reactive protein, osteocalcin.

УДК: 616.314:831-085

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ



¹Махмудов М. Б., ¹Салимов О. Р., ¹Нигматов Р. Н., ²Алиев Ш. Р.

¹Ташкентский государственный стоматологический институт,

²Ташкентская медицинская академия

В последние годы увеличивается популяция больных эпилепсией, поэтому качество их жизни становится одними из наиболее важных проблем (Попова И.А., Машурян А.Х., 2018). Вместе с тем, по данным литературы, состояние полости рта и распространенность стоматологической патологии у больных эпилепсией, несмотря на актуальность данной проблемы, изучены недостаточно.

Гомеостаз и сбалансированность микрофлоры полости рта является одним из основных факторов поддержания здоровья органов полости рта (Салимов О.Р. и др., 2022, 2023). Большую роль играют также местные и общие факторы защиты организма. У больных, страдающих эпилепсией, наблюдается различные поражения органов полости рта, что вынуждает задуматься об этиопатогенезе этих патологий (Шишкова Ю.С. и др., 2018; Нигматов Р.Н. и др., 2017).

Таким образом, на сегодняшний день

недостаточно исследований, посвящённых оценке состояния полости рта, уточнению патогенетических механизмов заболеваний зубов и пародонта, а также данных по изучению комплекса у такой социально значимой категории психических больных, как больные эпилепсией (Мухамедов И. и др., 2014).

Цель исследования

Изучение влияния общесоматического заболевания (эпилепсии) на микрофлору полости рта.

Материал и методы

В исследовании участвовали 105 пациентов, разделенных на 2 группы: контрольная группа – 48 соматически здоровых пациентов, из них 31 женщина и 17 мужчин; основная группа – 57 пациентов, страдающих эпилепсией, в том числе 32 женщины и 25 мужчин.

Все пациенты отбирались по следующим принципам:

1. В контрольную группу отбирались только соматически здоровые пациенты, нуждающиеся в ортопедической стоматологической помощи.

2. В основную группу отбирались пациенты с легкой и средней тяжестью основного заболевания. Все пациенты этой группы также нуждались в ортопедической стоматологической помощи.

3. Все пациенты не имели заболеваний внутренних органов и системных болезней кроме эпилепсии.

4. Все пациенты проходили тщательное стоматологическое обследование.

У всех обследованных получали смыв ротовой полости и проводили посев полученной массы на питательные среды. После образования колоний проводился расчет качественного и количественного состава микробной флоры полости рта [6].

Забор материала у пациентов проводился следующим образом:

- пациента просят прополоскать рот физиологическим раствором (10-15 мл 0,9% NaCl) в течение 30-60 с;
- после полоскания пациент сплевывает жидкость в стерильную пробирку;
- пробирку плотно закрывают и маркируют, указывая данные пациента, дату и время забора материала.

После забора полученный материал доставляли в лабораторию в кратчайшие сроки (не более 1-2 ч) при температуре +4...+8°C. Если исследование задерживалось, материал хранился в холодильнике не более 6 часов [1].

После доставки материала в лабораторию проводился посев материала на питательные среды. Перед началом работы проводилась тщательная дезинфекция рабочего места и инструментария. Смыв тщательно перемешивался. Затем из него брали 0,1-0,5 мл материала и засеивали на питательные среды: кровяной агар – для выявления общего количества бактерий; среда Сабуро – для выявления грибов рода *Candida*.

Материал равномерно распределяли по поверхности среды с помощью стерильного шпателя или петель [5]. Посевы помещали в термостат при температуре +37°C: на 24-48 часов для бактериальных культур, на 3-5 суток для грибов рода *Candida*.

Результаты исследования

У лиц контрольной группы наиболее часто встречаются стрептококки, преимущественно *Str. salivarius* (90%), за ними следуют *Str. mitis* (80%), *Str. mutans* (60%) и культура эпидермального стафилококка (50%). Грамотрицательные микробы, такие как эшерихии (10%), протеи (8%) и клебсиелла (5%), обнаруживались реже, а грибы присутствовали в среднем у 20% лиц контрольной группы (рисунок).



Рисунок. Характеристика микрофлоры полости рта у больных эпилепсией.

Результаты микробиологических исследований полости рта пациентов с эпилепсией показали значительные изменения в количественных и качественных характеристиках ротовой жидкости. У этих больных отмечалось снижение численности анаэробных микроорганизмов, особенно лактобактерий, количество которых составляло $2,18 \pm 0,15$ КОЕ/мл, что почти в два раза ниже,

чем в контрольной группе ($4,54 \pm 0,14$ КОЕ/мл) (табл. 1). В то же время у пациентов с эпилепсией наблюдается достоверное увеличение количества факультативной флоры, преимущественно кокковой. Особенно отчетливо увеличивается количество штаммов патогенных стафилококков и эшерихий, а также заметно возрастает количество грибов рода Кандида в ротовой полости.

Таблица 1

**Характеристика микрофлоры полости рта у больных с эпилепсией
(Lg M $\pm$ m КОЕ/мл)**

Группы микробов	Количество микробов в 1 мл слюны	
	контрольная группа	больные эпилепсией
Общее количество анаэробов	$5,48 \pm 0,15$	$3,57 \pm 0,13^*$
<i>Lactobacillus</i>	$4,54 \pm 0,14$	$2,18 \pm 0,15^*$
<i>Peptostreptococcus</i>	$3,64 \pm 0,11$	$3,51 \pm 0,13$
Общее количество аэробов	$5,30 \pm 0,17$	$7,81 \pm 0,32^*$
<i>Staph. aureus</i>	-	$3,34 \pm 0,12$
<i>Staph. epidermidis</i>	$4,22 \pm 0,14$	$4,53 \pm 0,16$
<i>Str. salivarius</i>	$4,41 \pm 0,15$	$3,64 \pm 0,13^*$
<i>Str. mutans</i>	$2,06 \pm 0,10$	$4,35 \pm 0,18^*$
<i>Str. mitis</i>	$2,43 \pm 0,12$	$4,56 \pm 0,20^*$
<i>E. coli</i> LP	$1,26 \pm 0,01$	0
<i>E. coli</i> LN	0	$2,51 \pm 0,11$
<i>Klebsiella</i>	$0,87 \pm 0,01$	$0,76 \pm 0,01$
<i>Candida</i>	$2,09 \pm 0,18$	$4,33 \pm 0,22^*$

Примечание. * – $p < 0,05$ по сравнению с нормой.

У пациентов с эпилепсией наблюдается значительное изменение спектра микроорганизмов в полости рта. Доминирующее положение по частоте встречаемости занимают грибы рода *Candida* (80%), за ними следуют стафилококки (50%). В то же время количество стрептококков значительно снижена, особенно *Str. salivarius*, которое составляет всего 30% среди

стрептококков у пациентов с эпилепсией.

Также с целью установления причин дисбиоза микрофлоры полости рта мы изучали лизоцим слюны, показатели фагоцитоза и определяли уровень секреторного иммуноглобулина класса А (табл. 2).

Таблица 2

Показатель	Контрольная группа	Основная группа
Титр лизоцима, мг%	19,5±0,7	11,9±0,11*
Показатель фагоцитоза, %	57,6±1,5	34,3±1,2*
Уровень секреторного IgA, г%	1,77±0,3	0,79±0,1*

Примечание. * – $p < 0,05$ по сравнению с нормой.

Из таблицы видно, что у больных, страдающих эпилепсией, в полости рта отмечается иммунодефицит по всем изучаемым параметрам; так, у больных титр лизоцима составил 11,9±0,11 мг%, показатель фагоцитоза – 34,3±1,2% и уровень секреторного иммуноглобулина класса А – 0,79±0,1 мг%.

Как заключение следует отметить, что дисбиоз полости рта у больных, страдающих эпилепсией, играет не последнюю роль в возникновении патологии органов полости рта.

Нарушение спектра и частоты встречаемости микроорганизмов и формирование дисбиотических изменения микрофлоры полости рта ведет к отягощению стоматологического заболевания, с одной стороны, оказывая влияние на течение основного заболевания, с другой.

Литература

1. Мухамедов И., Ризаев Ж.А., Хўжаева Ш.А., Закиров М.М. Стоматологияда клиник микробиология. – Тошкент: Янги аср авлоди, 2014. – 224 б.
2. Нигматов Р.Н., Юлдашев О.Т., Нигматова Н.Р. Состояния микроэкологии полости рта у больных с эпилепсией // Актуальные проблемы стоматологии: Материалы науч.-практ. конф. – Наманган, 2017. – С. 87-88.
3. Попова И.А., Машурян А.Х. Индивидуальный подход к выбору стоматологических манипуляций у больных эпилепсией // Бюл. мед. интернет-конф. – 2018. – С. 7.
4. Салимов О.Р., Махмудов М.Б. Увеличение десны и связанные с судорогами

травмы ротовой полости у пациентов с эпилепсией // Интегративная стоматол. и челюстно-лицевая хир. – 2022. – №1.2. – С. 207-209.

Шишкова Ю.С., Бабилова М.С., Емелина А.С. и др. Микрофлора полости рта и состояние факторов про тивоинфекционной защиты у лиц, использующих стома тологические ортопедические конструкции // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. – 2018. – №2. – С. 92-98.

Цель: изучение влияния общесоматического заболевания (эпилепсии) на микрофлору полости рта.

Материал и методы: в исследовании участвовали 105 пациентов, разделенных на 2 группы: контрольная группа – 48 соматически здоровых пациентов, из них 311 женщина и 17 мужчин; основная группа – 57 пациентов, страдающих эпилепсией, в том числе 32 женщины и 25 мужчин.

Результаты: микробиологические исследования полости рта пациентов с эпилепсией выявили значительные изменения в количественных и качественных характеристиках ротовой жидкости. Дисбиоз полости рта у больных, страдающих эпилепсией, играет не последнюю роль в возникновении патологии органов полости рта.

Выводы: нарушение спектра и частоты встречаемости микроорганизмов и формирование дисбиотических изменения микрофлоры полости рта ведет к отягощению стоматологического заболевания, с одной стороны, оказывая влияние на течение основного заболевания, с другой.

Ключевые слова: эпилепсия, микрофлора полости рта, дисбиоз.

Maqsad: umumiy somatik kasallikning (epilepsiya) og'iz bo'shlig'i mikroflorasiga ta'sirini o'rganish.

Material va usullar: Tadqiqotda 105 nafar bemor ishtirok etdi, ular 2 guruhga bo'lingan: nazorat guruhi - 48 somatik sog'lom bemorlar, shu jumladan 311 ayol va 17 erkak; Asosiy guruhni epilepsiya bilan og'rikan 57 bemor, shu jumladan 32 ayol va 25 erkak tashkil etdi.

Natijalar: Epilepsiya bilan og'rikan bemorlarning og'iz bo'shlig'ining mikrobiologik tadqiqotlari og'iz suyuqligining miqdoriy va sifat xususiyatlarida sezilarli o'zgarishlarni aniqladi. Epilepsiya bilan og'rikan bemorlarda og'iz bo'shlig'ining disbiyozi og'iz bo'shlig'i organlarining patologiyasini rivojlanishida muhim rol o'ynaydi.

Xulosa: mikroorganizmlarning paydo bo'lish spektri va chastotasining buzilishi va og'iz bo'shlig'i mikroflorasida disbiotik o'zgarishlarning shakllanishi, bir tomondan, tish kasalliklarining kuchayishiga olib keladi, boshqa tomondan, asosiy kasallikning kechishiga ta'sir qiladi.

Kalit so'zlar: epilepsiya, og'iz mikroflorasi, disbiyoz.

Objective: To study the effect of a general somatic disease (epilepsy) on the microflora of the oral cavity.

Material and methods: The study involved 105 patients divided into 2 groups: the control group - 48 somatically healthy patients, including 311 women and 17 men; the main group - 57 patients suffering from epilepsy, including 32 women and 25 men.

Results: Microbiological studies of the oral cavity of patients with epilepsy revealed significant changes in the quantitative and qualitative characteristics of oral fluid. Dysbiosis of the oral cavity in patients suffering from epilepsy plays an important role in the occurrence of pathology of the oral cavity.

Conclusions: Violation of the spectrum and frequency of occurrence of microorganisms and the formation of dysbiotic changes in the microflora of the oral cavity leads to aggravation of dental disease, on the one hand, affecting the course of the underlying disease, on the other.

Key words: epilepsy, microflora of the oral cavity, dysbiosis.

Ортодонтия

УДК: 616.314.17-008.1-089.23

ОЧИҚ ПРИКУСНИ ИННОВАЦИОН ОРТОДОНТИК АППАРАТ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ



Нигматов Р.Н., Аралов М.Б., Нигматова И.М.

Тошкент давлат стоматология институти

Тишолдқисминингвертикалдизокклюзияси (очик прикус) вертикал текисликдаги патология бўлиб, юқори ва пастки тишларнинг ёпилмаслиги (жипслашмаслиги) билан тавсифланади (1-6, 10-14). Очиқ прикусда баъзи тишлар ўз вазифасини – овқатни тишлаш ва чайнашни бажара олмайди. Шу билан бирга,

овқатни ёмон чайнаш туфайли ошқозон-ичак тракти қийналади. Тишларга нотекис юкланма тишларнинг пародонт касаллигини келтириб чиқаради: милкларни яллиғланиши, шишиши ва қонаши тишларнинг эрта йўқотилишига олиб келиши мумкин.

Ҳозирги вақтда болаларда тишларнинг

вертикал дизокклюзиясининг энг оғир шаклининг тарқалиши, болалик даврида ушбу оғир патологиянинг аниқ клиник белгилари ҳақида маълумотлар камлиги, ортодонтик ва жарроҳлик даволашнинг аниқ мезонлари мавжуд эмаслиги бизнинг тадқиқот мақсадимизни шакллантиришига сабаб бўлди (7-9).

Ортодонтиянинг замонавий ютуқлари билан боғлиқ ҳолда, аралаш ва доимий прикус даврида очик прикусли болаларни турли хил ечилмайдиган ортодонтик аппаратлардан фойдаланган ҳолда даволаш усуллари янада такомиллаштириш долзарбдир.

Тадқиқот мақсади

Янги инновацион ечилмайдиган ортодонтик аппарат ишлаб чиқиш ва уни ёрдамида болаларда очик прикусни ортодонтик даволашни такомиллаштириш.

Материал ва усуллар

Тадқиқот Тошкент давлат стоматология институти “Ортодонтия ва тишларни

протезлаш” кафедрасида илмий тадқиқот режасига мувофиқ амалга оширилди. Жами 28 нафар бола текшувдан ўтказилди ва ортодонтик даволаниш учун танлаб олинди. Улардан: **асосий гуруҳ** - очик прикус билан 6 ёшдан 14 ёшгача бўлган 16 та бола (7 қиз ва 9 ўғил) ва **назорат гуруҳи** - физиологик окклюзия билан нейтрал прикус (Энгл 1-синф) билан алоҳида тишлар аномалиялари бўлган 12 та болани ташкил этди.

Текширув натижалари окклюзион шаклланиш даврини тавсифловчи ёш гуруҳлари бўйича бирлаштирилди ва барча беморлар шартли равишда 2 кичик гуруҳга бўлинди:

1-кичик гуруҳ – эрта алмашинув прикусли (6-9 ёш) – 13 та (46,43%) бола, улардан 5 нафари ўғил ва 8 нафари қиз болалар;

2-кичик гуруҳ – кеч алмашинув прикусли (10-14 ёш) – 15 та (53,57%) бола, улардан 8 нафари ўғил, 7 нафари қиз болалар (1-жадвал).

1-жадвал

Болаларнинг ёш гуруҳлари ва жинси бўйича тақсимланиши, абс. (%)

К К К К К К К К К К К К К К	К К К К К К К К К К К К			К К К К К К К К К К К К			К К К К
	ўғил болалар	қиз болалар	жами	ўғил болалар	қиз болалар	жами	
1-кичик гуруҳ (эрта алмашинув прикус)	2 (7,1)	3 (10,7)	5 (17,9)	3 (10,7)	5 (17,9)	8 (28,6)	13 (46,4)
2- кичик гуруҳ (кеч алмашинув прикус)	4 (14,3)	3 (10,7)	7 (25,0)	4 (4,3)	4 (14,3)	8 (28,6)	15 (56,6)
К К К К	6 (50)	6 (50)	12 (100)	7 (43,75)	9 (56,25)	16 (100)	28 (100)

Очик прикус диагностикаси анамнез, клиник текширув, антропометрик ва биометрик текширув ва ТРГ маълумотлари ёрдамида амалга оширилди.

Биз очик прикусни келтириб чиқарувчи зарарли одатларни Окушко таснифига кўра аниқланди. Тиш-жағ аномалияларини Э. Энгл (1889), Д. Калвеллис (1957), Л.С. Персин (1989) бўйича таснифланди.

Тадқиқот натижалари

Беморлар ёки уларнинг ота-оналари

томонидан қилинган асосий шикоят: олд ва ён тишларнинг ҳолати билан боғлиқ бўлган юзнинг эстетик бузилишлари (100%) бўлди. Назолабаиал қатламнинг ёпилиши (80%), товушлар ва нуткнинг (талаффузнинг) бузилиши (56%) мавжудлиги аниқланди. Очик прикусли болаларни текширишда вертикал дизокклюзиянинг қуйидаги этиологик омиллари аниқланди: 2 та болада (12,5%) генетик омил; 3 нафар (18,75%) ҳомиладорлик даврида она касалликлари (инфекция,

токсикоз, чекиш ва спиртли ичимликларни истеъмол қилиш) билан касалланган; 2 тасида (12,5%) - доимий тишларнинг муртаклари нотўғри жойлашган; 5 нафарида (31,25%) рахит касаллиги бўлган; 1 нафарида (6,25%) иккала жағи шикастланган, 7 нафарида (43,75%) зарарли одатлар (бармоқ сўриш ва тилни тиш орасига қўйиш) бўлган. Табиийки, биз текширган бир нечта болаларда бир вақтнинг ўзида бир нечта сабаб омиллари аниқланган ва биргаликда олинган.

Очиқ прикусли болалар қуйидаги белгилар: юзнинг пастки учдан бир қисми чўзилган, кавариқ, лаблар таранг ёпилган, оғиз айлана мушакларининг бўшашганлиги аниқланди. Юз мускулларининг бўшашганлиги, бурун-лаб бурмаларининг ва юқори лабнинг текисланиши ҳамда бурун қанотларининг тортилиши кузатилди. Бемор болаларнинг профил фотосуратларида лабларини ёпганда ияк мушакларидаги кучланиш яққол тасвирланди.

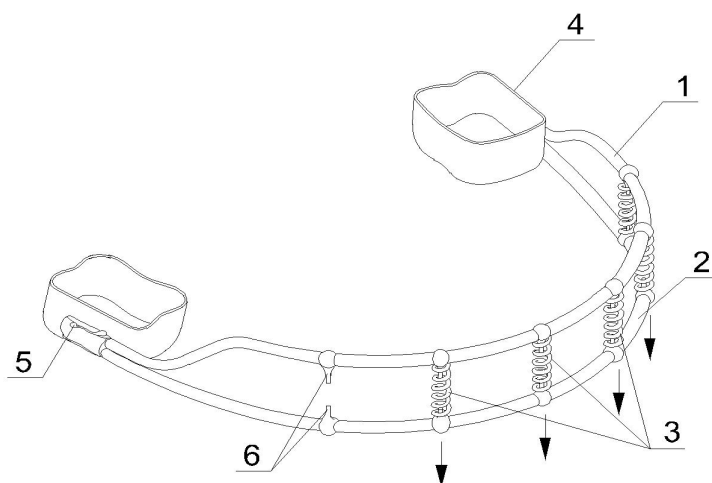
Ортодонтик даволаш усулига кўра, болалар

икки гуруҳга бўлинди.

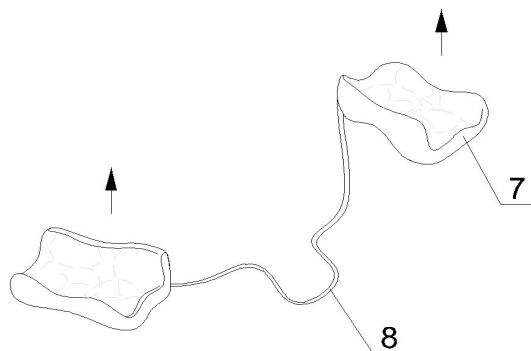
Биринчи гуруҳ (асосий) 7 нафар болани ўз ичига олган бўлиб, улар биз томондан яратилган инновацион ортодонтик аппарат ёрдамида даволаш ишлари олиб борилди.

Иккинчи гуруҳ (таққослаш гуруҳи) - 9 бола, бу ерда даволаш анъанавий усуллардан фойдаланган ҳолда турли конструкцияли аппаратлар (Дерихсвайлер ва Норда аппаратлари, вестибуляр ёйли ва кенгайтирувчи винтли пластинкалар) дан фойдаланган ҳолда амалга оширилди.

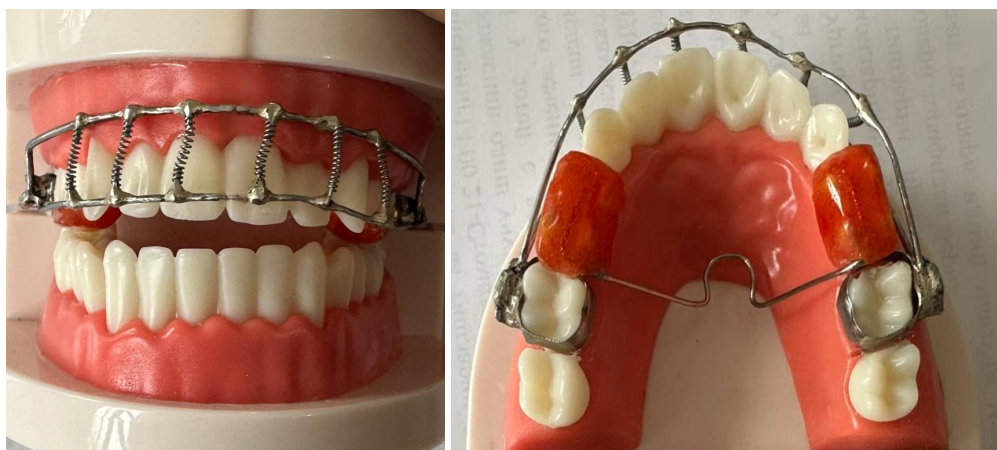
Очиқ прикусни даволаш учун биз янги инновацион ортодонтик курулма (конструкция) ни таклиф этдик. Ушбу ортодонтик аппарат вестибуляр ёйлардан: кўзгалмас вестибуляр ёй (1) ва ҳаракатланувчи вестибуляр ёйдан (2), илгаклар (5), ортодонтик таянч ҳалқалардан (4), вертикал кавшарланган таянч ўсиқлардан (6), ушбу ўсиқларга киритиладиган ва фаоллаштириб туриладиган пружиналар (3) дан ташкил топган (1-3-расмлар).



1-расм. Инновацион ортодонтик аппаратнинг схематик кўриниши (изометрик проекция): 1 - стационар қаттиқ вестибуляр ёй; 2 - ҳаракатланувчи вестибуляр ёй; 3 - олинадиган пружина; 4 - ортодонтик таянч ҳалқа; 5 - илгак; 6 - вертикал кавшарланган таянч ўсиқлар.



2-расм. Очик прикусни даволайдиган аппаратнинг танглай томонидаги қисми (изометрик проекция): 7- чайнов тишлар соҳасида окклюзияни кўтарувчи таглик; 8 - танглай ёйи.



3-расм. Ортодонтик аппаратнинг жағ моделларида жойлашган ҳолати: а - олдинги томондан кўриниши; б - аппаратнинг ички томондан кўриниши.

Ушбу аппаратда ҳаракатланувчи вестибуляр ёйнинг амалга оширилиши доимий таъсир қилувчи кучни яратишга имкон берди, бу эса фронтал тишларнинг дентоалвеоляр экструзияси билан бир қаторда, альвеоляр ўсиқнинг чайнов тишлар соҳасида дентоалвеоляр ботинтиришга олиб келди ва шу билан бирга альвеоляр ўсиқнинг шаклини нормаллаштиришга, чайнов аппарати ва нутқ функциясини бир вақтнинг ўзида тиклашга эришилди.

Ушбу конструкциядаги қўзғалмас вестибуляр ёй олд тишлардаги пружиналар ёрдамида ҳаракатланувчи вестибуляр ёй функциясини бажариш учун стационар таянч нуқталарни яратишга имкон берди.

Ушбу ортодонтик аппарат қўшимча

окклюзион таглик билан таъминланганлиги олд тишларни ўстириш (экструзия) учун шароит яратиш билан бирга, чайнов тишларининг баландлигини камайтириш (интрузия) га имкон берди.

Асосий гуруҳ болаларга биз томондан ишлаб чиқилган ортодонтик аппарат ёрдамида юқори жағнинг олдинги қисми яхши ривожланмаганлиги сабабли келиб чиққан очик прикусда альвеоляр ўсиқнинг ўсишига ва таянч чайнов тишларнинг ботинтиришига эришиш имконини берди. Ундан фойдаланганда олинган функционал натижалар яхшиланди, яъни фронтал тишларнинг бир бирига жипслашиши натижасида тишлаб олиш ва чайнов функцияси тикланди, ортодонтик даволаниш

вакти ва ретенция муддати кискарди, ҳамда миодинамик мувозанат қайта тикланилишига эришилди.

Таклиф этилаётган инновацион ортодонтик аппарат билан фронтал очик прикусни даволаш муддати 10-12 ойни, жағлараро тортиш билан 12-14 ойни ташкил этди.

Хулоса

1. Шундай қилиб, таклиф этилаётган янги ортодонтик аппарат, одатда, ишлатиш учун қулай, даволашда самарали (чайнаш, нафас олиш ва нутқ аппаратларининг нормал фаолиятини тиклайди), амалий ортодонтик стоматологияда фойдаланиш учун тавсия этилиши мумкин.

Адабиётлар

1. Акбаров К., Нигматов Р., Кадиров Ж., Аралов М. Биометрический анализ гипсовых моделей по Болтону у детей с зубочелюстными аномалиями // Стоматология. – 2023. – №1 (4). – С. 52-57.

2. Али Алаа Эддин. Лечение вертикальной дизокклюзии зубных рядов III степени у детей: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2021. – 152 с.

3. Аралов М., Нигматова И. Дифференцированный подход коррекции речи детей с открытым прикусом // Акт. пробл. стоматол. и челюстно-лицевой хир. – 2021. – Т. 1, №01. – С. 195-196.

4. Аралов М.Б., Нигматов Р.Н., Сайдиганиев С.С., Шаамухамедова Ф.Ф. Клинико-анатомические изменения зубочелюстной системы у детей с открытым прикусом // Вестник Бобек (Astana). – 2024. – С.126-129.

5. Аралов М.Б., Нигматов Р.Н., Шаамухамедова Ф.А. Рентгенологическое исследование детей с открытым прикусом // Stomatologiya. – 2024. – №1 (94). – С. 67-71.

6. Нигматов Р., Рузметова И.М., Нигматова Н.Р. Изучение распространенности аномалии и деформации зубочелюстной системы у детей г. Ташкента // Стоматология. – 2014. – №3-4. – С. 73-78.

7. Нигматов Р.Н. и др. Актуальные вопросы ортопедической стоматологии и ортодонтии: Отчет об опубликованных научных трудах

сотрудников кафедры ортодонтии и зубного протезирования за 2022-23 учебный год // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием. – Ташкент, 2023. – С. 167-187.

8. Нигматов Р.Н., Нигматова И.М., Аралов М.Б. Распространенность открытого прикуса и нарушения речи // Стоматология. – 2023. – №1 (1).

9. Нигматов Р.Н., Шомухамедова Ф.А., Нигматова И.М. Ортодонтия: Учебник (на русском и на узбекском языке). – Для студ. стомат. факультетов мед. институтов. – В 2-х тт. – Т. 2. – Ташкент, 2021. – 451 с.

10. Нигматова И.М., Аралов М.Б., Даминова Н. Исправление открытого прикуса интрузией жевательных зубов с помощью микроимплантов // Стоматология. – 2023. – №1 (1). – С. 61-64.

11. Окушко В.П. Аномалии зубочелюстной системы, связанные с вредными привычками, и их лечение. – М. 1975. – 362 с.

12. Персин Л.С. Ортодонтия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.

13. Попов С.А., Фролов А.О. Лечение пациентов с вертикальной деформацией окклюзии, осложненной зубоальвеолярным выдвиганием зубов верхней челюсти, с применением ортодонтических мини-имплантов // Стоматология. Наука и инновация в медицине. – М., 2022. – С. 20-23.

14. Проффит У.Р. Современная ортодонтия. – М.: МЕДпресс-информ, 2017.

Цель: разработка нового инновационного несъемного ортодонтического аппарата и усовершенствование с его помощью ортодонтического лечения открытого прикуса у детей.

Материал и методы: обследованы учащиеся школ №8, №64 и №256 г. Ташкента, в возрасте от 6 до 16 лет. Из 348 обследованных учеников открытый прикус обнаружен у 28 (8,05%). Были проведены клинические, биометрические, рентгенологические (фронтальная и латеральная ТРГ и цефалометрический анализ) исследования. Для ортодонтического лечения были

выбраны 16 школьников, которым лечение проводили консервативным путем с помощью миогимнастики, расширяющих пластинок и индивидуальной дуги MEAW. Курс лечения от 8-9 месяцев до 18-24+4 месяцев.

Результаты: показатели телерентгенограммы после лечения в пределах нормы. Продолжительность лечения фронтального открытого прикуса с использованием предложенного инновационного ортодонтического аппарата составила 10-12 месяцев, с использованием межчелюстного вытяжения – 12-14 месяцев.

Выводы: предложенный ортодонтический аппарат в целом удобен в применении, эффективен в лечении (восстанавливает нормальную работу жевательного, дыхательного и речевого аппаратов) и может быть рекомендован для использования в практической ортодонтической стоматологии.

Ключевые слова: зуб, зубной ряд, прикус, вертикальная аномалия, открытый прикус, артикуляция, модель челюсти, телерентгенография.

Мақсад: янги инновацион стационар ортодонтик қурилмани яратиш ва унинг ёрдамида болаларда очик тишлашнинг ортодонтик даволашини такомиллаштириш.

Материал ва усуллар: Тошкент шаҳридаги 8-сон, 64-сон ва 256-сонли мактабларнинг 6 ёшдан 16 ёшгача бўлган ўқувчилари имтиҳондан ўтказилди. Текширилган 348 нафар талабанинг 28 тасида (8,05%) очик тишлаш аниқланган. Клиник, биометрик, радиологик (фронтал ва латерал TRG ва цефалометрик таҳлил) тадқиқотлар ўтказилди. Ўн олти нафар мактаб ўқувчилари ортодонтик даволаниш учун танлаб олинди, улар миогимнастика, кенгайтириш плиталари ва индивидуал MEAW арч ёрдамида консерватив даволанди. Даволаш курси 8-9 ойдан 18-24+4 ойгача.

Натижалар: даволашдан кейин телерентгенограмма кўрсаткичлари нормал чегараларда эди. Таклиф этилаётган инновацион ортодонтик қурилма ёрдамида фронтал очик тишлашни даволаш муддати 10-

12 ойни, интермахиллари тортиш ёрдамида 12-14 ойни ташкил этди. **Хулоса:** тавсия этилаётган ортодонтик қурилма одатда фойдаланиш учун қулай, даволашда самарали (чайнаш, нафас олиш ва нутқ аппаратларининг нормал фаолиятини тиклайди) ва амалий ортодонтик стоматологияда фойдаланиш учун тавсия этилиши мумкин.

Калит сўзлар: тиш, тиш қатори, окклюзия, вертикал аномалия, очик прикус, артикуляция, жағ модели, телерентгенография.

Objective: Development of a new innovative fixed orthodontic device and improvement of orthodontic treatment of open bite in children with it.

Material and methods: Students of schools №8, №64 and №256 in Tashkent, aged 6 to 16 years, were examined. Of the 348 examined students, open bite was detected in 28 (8.05%). Clinical, biometric, radiographic (frontal and lateral TRG and cephalometric analysis) studies were conducted. For orthodontic treatment, 16 schoolchildren were selected, who were treated conservatively using myogymnastics, expanding plates and an individual MEAW arch. The course of treatment is from 8-9 months to 18-24+4 months.

Results: Teleroentgenogram indices after treatment are within normal limits. The duration of treatment of frontal open bite using the proposed innovative orthodontic device was 10-12 months, using intermaxillary traction - 12-14 months.

Conclusions: The proposed orthodontic device is generally convenient to use, effective in treatment (restores normal functioning of the masticatory, respiratory and speech apparatus) and can be recommended for use in practical orthodontic dentistry.

Key words: tooth, dentition, occlusion, vertical anomaly, open bite, articulation, jaw model, teleroentgenography.

СУТ ТИШЛАРИДА ЭМАЛ ГИПОПЛАЗИЯСИНИ ТЕКШИРИШДА ОЛИБ БОРИЛГАН КЛИНИК-СТОМАТОЛОГИК ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ



Абдиримова Г.И., Мирсалихова Ф.Л.
Тошкент давлат стоматология институти

Тадқиқотнинг максади

Хомиладорликда хомила тушиб қолиш хавфини олдини олишда ишлатиладиган гормонал препаратлар таъсирида сут тишларида эмал гипоплазияси ҳамда кариесни даволаш ва олдини олиш чора тадбирларидан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари

Хомиладорликда хомила тушиб қолиш хавфини олдини олишда ишлатиладиган гормонал препаратлар таъсирида юзага келган эмал гипоплазиясида, болаликнинг I-даврида оғиз бўшлиғи касалликлари шаклланиши билан боғлиқлигини ўрганиш; асосий касаллик фонидаги болаларда тиш қаттиқ тўқимасини цитолого-морфологик ўрганиш орқали касалликнинг кечишини аниқлаш; эмал гипоплазияси мавжуд болаларда асосий касаллик фонининг авж олишида оғиз суюқлигидаги гуморал иммунитетнинг аҳамиятини аниқлаш; хомиладорликдаги гормонал препаратлар натижасида юзага келадиган гипоплазия ҳамда кариесни даволаш ва олдини олиш чора тадбирлари самарадорлигини аниқлаш;

Тадқиқот даврида хомила даврида қўлланиладиган гормонал препаратлар таъсирида сут тишларида, эмал гипоплазияси мавжуд болаларни, 3 та катта гуруҳга бўлиб асосий гуруҳда хомиладорликда гормонал препаратлар таъсирида туғилган эмал гипоплазияси мавжуд болалар, таққослаш гуруҳда хомиладорликда гормонал препаратлар таъсиридан холи туғилган

болалар аммо эмал гипоплазияси мавжуд болалар, назорат гуруҳда шу контингентдаги кўнгиллилардан ташкил топди.

Тадқиқот давомида болаларни текшириш уларнинг умумий ҳолатини, терининг рангини, маҳаллий лимфа тугунларини палпация қилишдан бошланди. Тиш ҳолатини баҳолаш учун оғиз бўшлиғининг текшируви ўтказилди. Лаблар, лунжлар, тилнинг шиллиқ қаватининг ҳолатини, тиш излари ёки тишлаш излари мавжудлигини, тил ва лаб юганчаларининг ҳолатини, оғиз бўшлиғи даҳлиз қисмининг чуқурлигини ўргандик, милк четининг ҳолатини аниқладик (ранги, шакли, шиш борлиги, окма йўллари). Тадқиқот давомида болаларимизда тиш қаттиқ тўқимаси касалликлари билан биргаликда пародонтит касаллиги ҳам кўплаб ҳолатларда бирга келган шу учун ҳам биз тадқиқотимиз давомида пародонт тўқимаси ҳолатига ҳам баҳо бердик.

Асосий гуруҳидаги барча болалар ота-оналари болаларининг эстетик кўринишидан шикоятлар қилишди. Асосий гуруҳ болаларимизда хомила даврида қўлланиладиган гормонал препаратлар таъсирида сут тишларида, эмал гипоплазиясининг ўрта даражаси устунлик қилди. Бунга мувофиқ таққослаш гуруҳ болаларини ҳам эмал гипоплазиясини кечиш даврларига бўлиб чиқилди. Таққослаш гуруҳида ҳам ўрта даражаси устунлик қилди. Бизнинг фикримизча тадқиқотга олинган асосий гуруҳ болаларида хомила даврида қўлланиладиган гормонал препаратлар

натижасида эмал гипоплазиясининг бошқа гуруҳга нисбатан авж олиши кузатилди ва шунга асосан тадқиқотимизни асосий касаллик фони кечиш даражасига мувофиқ олиб бордик.

Тадқиқот давомида ҳомиладорликда гормонал препаратлар натижасида эмал гипоплазиясининг шикастланиш элементларининг жойлашуви асосий гуруҳда кўпроқ юқори жағ тишларида – 57 нафар (43,18%) болада кузатилади, 30 нафар (22,72%) болада – пастки жағ тишларида, 45 нафар (34,1%) болада пастки ва юқorigи жағ тишларида кузатилди.

Тадқиқот давомида олинган барча маълумотлар, тадқиқот картасига киритилди, унга О.С. Гилева билан ҳаммуал. (2008-йил) модификациясида ЖССТ тавсия қилган схема-топограммалар киритилди. Мазкур схемага мувофиқ ҳомиладорликда гормонал препаратлар натижасида эмал гипоплазиясининг энг кўп тарқалган жойлашуви аниқланди.

Стоматологик кўрув давомида тадқиқот гуруҳидаги ҳомиладорликда гормонал препаратлар натижасида туғилган болаларда стоматологик касалликлар тарқалиши ўрганилди.

Тадқиқот даврида барча иштирокчиларида қуйидаги текширувлар комплекси олиб борилди: гигиена ва пародонтал индекслари (ОHI-S гигиена индекси, PLI пародонтал индекс), ўрганилди.

Тишларнинг кариес билан шикастланиш интенсивлиги ўрганилганида, асосий гуруҳда КПУ индексининг қиймати – 123 нафар (93,18%) болада (кариес интенсивлигининг жуда юқори даражаси), таққослаш гуруҳда КПУ индексининг қиймати – 49 нафар (68,05%) болада (кариес интенсивлигининг жуда юқори даражаси), назорат гуруҳда индексининг қиймати – 14 нафар (46,7%) болада (кариес интенсивлигининг юқори даражаси) қайд қилинди.

Ҳомила даврида гормонал препаратлар натижасида юзага келадиган сут тишларида эмал гипоплазияси мавжуд болаларда оғиз бўшлиғи яллиғланиш жараёнларини ўрганишда оғиз бўшлиғининг гигиена даражаси муҳим аҳамиятга эга шунинг учун

бу кўрсаткич ўрганилганида, ОHI-S гигиена индекси “яхши” натижани асосий гуруҳда 2 нафар болада (1,34% ни), таққослаш гуруҳда 4 нафар болада (4,34% ни), назорат гуруҳда 6 нафар болада (20,0% ни) ташкил этганлиги аниқланди. “Қоникарли” натижани асосий гуруҳда 14 нафар болада (9,3% ни), таққослаш гуруҳда 8 нафар болада (8,7% ни), назорат гуруҳда 16 нафар болада (53,4% ни) ташкил этганлиги аниқланди. “Қоникарсиз” натижани асосий гуруҳда 92 нафар болада (69,69% ни), таққослаш гуруҳда 58 нафар болада (80,55% ни), назорат гуруҳда 7 нафар болада (23,3% ни) ташкил этганлиги аниқланди. “Ёмон” натижани асосий гуруҳда 24 нафар болада (16,0% ни), таққослаш гуруҳда 2 нафар болада (2,18% ни), назорат гуруҳда 1 нафар болада (3,33% ни) ташкил этганлиги аниқланди ($p > 0,05$).

Тадқиқот давомида ҳомила даврида гормонал препаратлар натижасида юзага келадиган сут тишларида эмал гипоплазияси мавжуд болаларда, оғиз бўшлиғида профессионал гигиена олиб борилишидан олдин уларнинг ота-оналари билан бу босқич ҳақида тушунтириш олиб борилди.

Болаларни текшириш давомида олинган, уч гуруҳ ўртасида РМА пародонтал индекснинг маълумотлари 6-жадвалда келтирилган.

Папилла-маргинал алвеоляр индекс (РМА) кўрсаткичлари тадқиқотнинг асосий гуруҳида юқори кўрсаткичга эга булди (35,54%). Асосий гуруҳ, таққослаш гуруҳ ва назорат гуруҳларида ўрта даражали гингивитнинг мос равишда 26 (19,69%), 11 (15,27%) ва 1 (3,3%) нафар болада учраши уларда касалликнинг гингивитнинг ўрта даражасидан устунлик қилди. Оғир даражали гингивит фақат асосий гуруҳ болаларида 2 нафарида (1,51%) учради ва асосий гуруҳ етакчилик қилди.

Папилла-маргинал алвеоляр индекс кўрсаткичи

Эмалнинг ўчоқли деминерализацияси, яъни кариеснинг бошланғич шакли (ЭЎД) ёки оқ доғ босқичидаги кариеснинг ўрганилиши кариес касаллигининг фаол кечувидан дарак беради. Эмал гипоплазияси билан оғриган бемор болаларда ЭЎД интенсивлиги ва тарқалганлигини аниқлаш жадвалда акс эттирилган (жадвал).

QUESTION

Изоҳ. * – $p < 0,05$ назорат гуруҳи билан таққослаганда фарқларнинг ишончилиги белгиланган.

Адабиётлар

5. Картон Е.А., Чантурия Н.З., Зарецкая Э.Г. Особенности гигиены полости рта у ортодонтических пациентов с бронхиальной астмой // *Medicus*. – 2019. – №6 (30). – С. 64-67. 8
6. Полунина О.С., Саркисов К.А., Фалчари Р.А., Попов Е.А. Микроциркуляторные нарушения слизистой оболочки полости рта при пародонтите у больных бронхиальной астмой // *Успехи соврем. науки*. – 2017. – №11. – С. 155-159. 9
7. Усманова Ш., Хаджиметов А., Камилов Х. Оценка местного и гуморального иммунитета у больных с хроническим пиелонефритом // *Медицина и инновации*. – 2022. – №1 (4). – С. 518-524. 10
8. Kazama J.J., Matsuo K., Iwasaki Y., Fukagawa M. Chronic kidney disease and bone metabolism // *J. Bone Miner. Metab.* – 2015. – Vol. 33, №3. – P. 245-252. 1
9. Pham T.A.V., Le D.D. Dental condition and salivary characteristics in Vietnamese patients with chronic kidney disease // *Int. J. Dent. Hyg.* – 2019. – Vol. 17, №3. – P. 253-260. 2
10. Velan E., Sheller B. Oral health in children with chronic kidney disease // *Pediatr. Nephrol.* – 2021. – Vol. 36, №10. – P. 3067-3075.

87

мутахассислар орасида ягона этиопатогенетик қарашлар йўқлиги билан тушунтирилади. Бу эса муаммонинг даволаш ва олдини олиш усуллари тақомиллаштириш заруратини кўрсатмоқда.

Аннотация. Методы современного подхода и результаты личного осмотра, ориентированного на клиническое исследование гипоплазии молочных зубов и эмали под влиянием гормональных препаратов, применяемых во время беременности. Методические рекомендации посвящены совершенствованию современного подхода к клиническим исследованиям гипоплазии молочных зубов и эмали под влиянием гормональных препаратов, применяемых во время беременности. Распространенность молочных зубов, гипоплазии эмали под влиянием гормональных препаратов, применяемых во время беременности в центрах репродуктивного здоровья, материнства и детства, стоматологических центрах города Ташкента, а также молочных зубов, гипоплазии эмали под воздействием гормональных

препаратов во время беременности используются специализированная клиника и современные методы исследования.

Abstract. Methods of a modern approach and the results of a personal examination focused on a clinical study of hypoplasia of primary teeth and enamel under the influence of hormonal drugs used during pregnancy. Methodological recommendations are devoted to improving the modern approach to clinical studies of hypoplasia of primary teeth and enamel under the influence of hormonal drugs used during pregnancy. The prevalence of baby teeth, enamel hypoplasia under the influence of hormonal drugs used during pregnancy in centers for reproductive health, motherhood and childhood, dental centers in the city of Tashkent, as well as baby teeth, enamel hypoplasia under the influence of hormonal drugs during pregnancy, a specialized clinic and modern research methods are used. The methodological recommendations are intended for dentists, hygienists, gynecologists, researchers and graduate students of medical sciences.

УДК: 616.314-002-08

ҲОМИЛА ДАВРИДА ГОРМОНАЛ ПРЕПАРАТЛАР НАТИЖАСИДА ЮЗАГА КЕЛАДИГАН СУТ ТИШЛАРИДА ЭМАЛ ГИПОПЛАЗИЯСИ МАВЖУД БОЛАЛАРДА ДАВОЛАШДАН КЕЙИНГИ ГИСТОМОРФОЛОГИК ТЕКШИРУВ НАТИЖАЛАРИ



Абдиримова Г.И.

Тошкент давлат стоматология институти

Тадқиқотнинг мақсади

Ҳомиладорликда ҳомила тушиб қолиш хавфини олдини олишда ишлатиладиган гормонал препаратлар таъсирида сут тишларида эмал гипоплазияси ҳамда кариесни даволаш ва олдини олиш чора тадбирларидан иборат.

Тадқиқотнинг вазифалари

Ҳомиладорликда ҳомила тушиб қолиш хавфини олдини олишда ишлатиладиган гормонал препаратлар таъсирида юзага келган эмал гипоплазиясида, болаликнинг

I-даврида оғиз бўшлиғи касалликлари шаклланиши билан боғлиқлигини ўрганиш; Асосий касаллик фонидаги болаларда тиш қаттиқ тўқимасини цитоморфологик ўрганиш орқали касалликнинг кечишини аниқлаш; Эмал гипоплазияси мавжуд болаларда асосий касаллик фонининг авж олишида оғиз суюқлигидаги гуморал иммунитетнинг аҳамиятини аниқлаш; Ҳомиладорликдаги гормонал препаратлар натижасида юзага келадиган гипоплазия ҳамда кариесни

даволаш ва олдини олиш чора тадбирлари самарадорлигини аниқлаш.

Ҳомила даврида гормонал препаратлар натижасида юзага келадиган сут тишларида эмал гипоплазияси мавжуд болаларни комплекс даволаш фонида тиш қаттиқ тўқималарининг клиник яхшиланиши гистоморфологик тадқиқотлар билан ҳам тасдиқланди. Беморларда асосий гуруҳида эпителиал хужайраларнинг миқдори ўтказилган даволаш курсидан сўнг ошди, кўрсаткичларнинг физиологик қийматига яқинлашди, бу айниқса даволашдан 3 ва 6 ой ўтиб физиологик кўрсаткичларнинг қийматига етадиган (germen dentis) хужайраларининг сони бўйича ифодаланган. Papilla dentis даволаш курсининг таъсири остида шунингдек ошди ва кузатув якунида, 6-ойга келиб дастлабки маълумотлардан ишончли юқори бўлди. Enameloblast хужайраларни ўрганишда ҳам етарлича аҳамиятли ва ишончли пасайишлар кузатилди. Агар бемор болаларда бу кўрсаткичлар ишончли ошган бўлса, унда даволашдан сўнг (1 ойдан кейин) ушбу кўрсаткичларнинг пасайиши, лекин характерининг кескин ифодаланиши кузатилди. Шу тариқа, агар Cuticula enameli хужайралар даволашдан сўнг иккала кичик гуруҳда дастлабки қиймат билан таққослаганда ҳамда 3 ва 6 ой кузатув давом эттирилганида ишончли пасайган бўлса, бу пасайиш нафақат сақланди, балки пасайишда давом этди ва 6 ойдан сўнг физиологик кўрсаткичлар даражасига етди. Sacculus dentis хужайралар ҳам шундай пасайиш

характерига эга бўлди. Навбатдаги ўрганилган кўрсаткичлар, Dentin gistogenezi хужайралар даволашдан сўнг ишончли даражада пасайди, 3 ва 6 ой кузатувдан сўнг пасайишда давом этди, лекин физиологик қийматларга етмади, бироқ бу кўрсаткичларга яқин келди. Ҳомила даврида гормонал препаратлар натижасида юзага келадиган сут тишларида эмал гипоплазияси мавжуд болаларни барча турдаги Odontoblast хужайраларининг миқдори комплекс ҳам циркон асосли тиш қопламаси, ҳам фтор сақловчи тиш пасталари билан даволаш курсидан сўнг физиологик қиймат кўрсаткичларига яқинлашиб, ишончли пасайди. Шундай қилиб, Predentin кузатувнинг 3 ва 6 ойида асосан эришилган ижобий даражада сақланди, бу кўрсаткичлар дастлабки маълумотлардан ишончли паст ва физиологик меъёрга яқин келди. Sementoblast лар ижобий ўзгаришининг динамикаси мазкур кўрсаткичлар даволашдан кейинок физиологик меъёрга яқинлашиши (айниқса таққослаш гуруҳида) ва 3 ва 6 ой кузатувдан сўнг таққослаш гуруҳда дастлабки маълумотлардан пастда, ижобий даражада сақланишини кўрсатди. Асосий гуруҳда ушбу кўрсаткич даволашдан сўнг физиологик кўрсаткичларга етади ва кузатувнинг якунигача шу даражада қолади. Шуни айтиб ўтиш керакки, асосий гуруҳда ўрганилаётган барча гисто-морфологик кўрсаткичлар бўйича тиш қаттиқ тўқимаси таркибининг қайта тикланиши ҳам даволашдан кейин, ҳам кузатувнинг узок муддатларида ифодаланган (3 ва 6 ойдан сўнг).

1-жадвал

Эпителиал хужайралар (germen dentis) даво натижаларидан кейинги концентрацияси кўрсаткичлари

Эпителиал хужайралар (germen dentis)	ЭЭЭЭЭЭЭЭ ЭЭЭЭЭЭЭЭ	ЭЭЭЭЭЭЭЭ ЭЭЭЭЭЭЭЭ		
		1 гурух	2 гурух	3 гурух
3 ойдан сўнг				
Асосий, n=132	74,43±2,43*	79,05±1,05*	76,90±1,07*	82,71±1,07
Таққослаш, n=72	71,88±2,30	80,64±1,07*	77,74±1,07*	86,54±1,07*
6 ойдан сўнг				
Асосий, n=132	74,43±2,43*	79,72±2,05*	80,65±1,07*	80,59±2,07
Таққослаш, n=72	71,88±2,30	80,55±1,07*	79,50±1,07*	83,45±2,07*

Изоҳ. * - кўрсаткичлар даволашдан олдинги қийматларга нисбатан ишончли фарққа эга (p<0,05).

Enameloblast кўрсаткичининг даво натижаларидан кейинги концентрацияси
кўрсаткичлари

Enameloblast	ДДДДДД Д ДД ДДДДД	ДДДДДД ДДД ДДДДД		
		1 гуруҳ	2 гуруҳ	3 гуруҳ
3 ойдан сўнг				
Асосий, n=132	1,46±0,04*	1,05±0,05*	1,09±0,07*	0,71±0,07
Таққослаш, n=72	1,53±0,53	1,04±0,07*	1,12±0,07*	0,64±0,07*
6 ойдан сўнг				
Асосий, n=132	1,46±0,04*	0,72±0,05*	0,75±0,07*	0,59±0,07
Таққослаш, n=72	1,53±0,53	0,50±0,07*	0,55±0,07*	0,45±0,07*

Изоҳ. * - кўрсаткичлар даволашдан олдинги қийматларга нисбатан ишончли фарққа эга (p<0,05).

Ҳомиладорликда гормонал препаратлар таъсирида туғилган болалар сут тишларида эмал гипоплазияси мавжуд беморларни даволаш самарадорлигининг муҳим мезони гистопатология ҳодисаси билан хужайра элементлари сонининг ишончли камайиши бўлди. Гисто-морфологик ўзгаришларнинг ижобий динамикаси стандарт стоматологик даволашда бўлган бемор болаларнинг гуруҳида ҳам кузатилади, лекин олинган маълумотлар даволаш курсидагидан сезиларли даражада паст ва фарқ ишончли эмас. Ҳомиладорликда гормонал препаратлар таъсирида туғилган болалар сут тишларида эмал гипоплазияси мавжуд болаларда асосий гуруҳида ўрганилиши комплекс ҳам циркон асосли тиш қопламаси, ҳам фтор сақловчи тиш пасталари билан даволаш курсидан сўнг гистограммаларда *Germen dentis* хужайраларнинг миқдори текширувдан олдинги ҳолат билан таққослаганда сезиларли даражада ишончли юқори бўлганлиги ва даволашдан 3 ойдан сўнг кўрсаткичнинг физиологик қийматига яқинлашганлигини аниқлаб берди. Бунда тиканли қатламнинг ядроли хужайралари даволашдан сўнг физиологик меъёрга яқинлашди ва 3 ойдан сўнг асосий ва таққослаш гуруҳида физиологик

меъёргача кўтарилди. Шу билан бир вақтда иккала катта гуруҳида ҳомиладорликда гормонал препаратлар таъсирида туғилган болалар сут тишларида эмал гипоплазияси мавжуд болаларда *Germen dentis* хужайраларнинг сони даволашдан сўнг физиологик қийматга етди ва кузатув якунигача эришилган даражада қолди (даволашдан 3 ва 6 ойдан сўнг).

Комплекс ҳам циркон асосли тиш қопламаси, ҳам фтор сақловчи тиш пасталари билан даволаш самарадорлигидан дарак берувчи муҳим мезон дастлабки маълумотлар билан таққослаганда даволаш комплексидан сўнг ишончли пасайган ва эришилган даражада кузатув якунигача сақланган гистопатология ҳодисалари билан хужайра элементлари сонининг камайиши ҳисобланишини айтиб ўтиш лозим. Гистопатология аломатлари бўлган хужайралар таркибидан Enameloblast хужайралар даволаш курсидан кейин дастлабки маълумотлар билан таққослаганда ишончли пасаяди, физиологик қийматларга яқинлашади ва фақат 6-ойга келиб физиологик меъёрга етади. Enameloblast хужайралар сони комплекс ҳам циркон асосли тиш қопламаси, ҳам фтор сақловчи тиш пасталари билан даволаш курсидан сўнг етарлича аҳамиятли пасайиб физиологик меъёрга яқинлашади

ва кузатув якунигача шу даражада қолади. Микроорганизмлар билан Cuticula enameli хужайралар сони ва Sacculus dentis хужайралар сони комплекс ҳам циркон асосли тиш қоламаси, ҳам фтор сақловчи тиш пасталари билан даволаш курсидан сўнг Dentin gistogenezi хужайралар сони каби ижобий пасайиш динамикасига эга бўлди. Sementoblast миқдори Predentin каби пасайиш характериға эға. Комплекс ҳам циркон асосли тиш қоламаси, ҳам фтор сақловчи тиш пасталари билан даволаш курсидан сўнг дастлабки қиймат билан таққослаганда асосий гуруҳда 1,5 мартадан ортиқ ва таққослаш гуруҳ билан таққослаганда 2 марта ишончли пасаяди, шунингдек иккала катта гуруҳда физиологик кўрсаткичларға яқинлашиб, кузатув якунигача пасайишда давом этади. Sementoblast миқдори шунга ўхшаш пасайиш характериға эға. Ушбу гуруҳда шунингдек асосий гуруҳ шаклидаги каби таққослаш гуруҳ шаклиға эға беморларда аниқланган патологик, гисто-морфологик ўзгаришлар чуқур ва ёрқин ифодаланган бўлди ва ўтказилган комплекс ҳам циркон асосли тиш қоламаси, ҳам фтор сақловчи тиш пасталари билан даволаш натижасида асосан ўрганилаётган барча гистоморфологик кўрсаткичлар бўйича кузатувнинг барча муддатларида жуда давомий натижалар билан ифодаланди. Комплекс ҳам циркон асосли тиш қоламаси, ҳам фтор сақловчи тиш пасталари билан даволаш болаларда эмал гипоплазиясини даволашда самарали, бу клиник ва гисто-морфологик усуллар билан тасдиқланди. Умуман, гисто-морфологик усулдан фойдаланиш соғлом тиш қаттиқ тўқимаси таркибига тасниф бериш, эмал гипоплазияси билан оғриган болаларда тиш қаттиқ тўқималари шикастланишида гисто-морфологик ўзгаришларни аниқлаш имконини бери.

Шундай қилиб, олинган маълумотларнинг қиёсий таҳлили бир ой давомида комплекс ҳам циркон асосли тиш қоламаси, ҳам фтор сақловчи тиш пасталари билан даволаш курсининг ўтказилиши алоҳида

даволаш турдаги билан таққослаганда эмал гипоплазияси билан оғриган болаларда асосий стоматологик касалликларнинг профилактикаси ва даволаниши учун етарлича самарали усул деган хулосаға келиш имконини бери.

Ўтказилган тадқиқотдан хулоса қилиб, комплекс ҳам циркон асосли тиш қоламаси, ҳам фтор сақловчи тиш пасталари билан даволашнинг қўлланилиши оғиз бўшлиғи аъзоларининг гигиенаси ва физик-кимёвий ҳолати яхшиланишиға, кариесоген ҳолатнинг пасайишиға олиб келди. Олинган ижобий натижалар комплекс ҳам циркон асосли тиш қоламаси, ҳам фтор сақловчи тиш пасталари билан даволаш болаларнинг оғиз бўшлиғида турли патологик ўзгаришлар ривожланганида тавсия қилиш имконини беради.

Адабиётлар

1. Акбаров А., Шоахмедова К., Нигматова, Салаватова Т.Н. Особенности стоматологических заболеваний при хронической болезни почек // Stomatologiya. – 2019. – №1 (3(76)). – С. 66-70.
2. Атежанов Д.О., Божбанбаева Н.С., Супиев Т.К. Влияние соматического здоровья детей с хронической персистирующей инфекцией на развитие стоматологической патологии // Вестн. последиплом. образования в сфере здравоохран. – 2017. – №2. – С. 13-17.
3. Зубайдуллаева М.А., Рахимбердиев Р.А. Кариес зубов у детей раннего возраста: эпидемиология, этиология, профилактика, лечение // Достижения науки и образования. – 2020. – №4 (58). – С. 79-87.
4. Камалова М. Результаты оценивания клинико-экономической эффективности программ профилактики кариеса зубов у дошкольников // Вестн. врача. – 2021. – Т. 1, №1 (98). – С. 50-59.
5. Картон Е.А., Чантурия Н.З., Зарецкая Э.Г. Особенности гигиены полости рта у ортодонтических пациентов с бронхиальной астмой // Medicus. – 2019. – №6 (30). – С. 64-67.
6. Полунина О.С., Саркисов К.А., Фалчари Р.А., Попов Е.А. Микроциркуляторные

нарушения слизистой оболочки полости рта при пародонтите у больных бронхиальной астмой // Успехи соврем. науки. – 2017. – №11. – С. 155-159.

7. Усманова Ш., Хаджиметов А., Камилов Х. Оценка местного и гуморального иммунитета у больных с хроническим пиелонефритом // Медицина и инновации. – 2022. – №1 (4). – С. 518-524.

8. Kazama J.J., Matsuo K., Iwasaki Y., Fukagawa M. Chronic kidney disease and bone metabolism // J. Bone Miner. Metab. – 2015. – Vol. 33, №3. – P. 245-252.

9. Pham T.A.V., Le D.D. Dental condition and salivary characteristics in Vietnamese patients with chronic kidney disease // Int. J. Dent. Hyg. – 2019. – Vol. 17, №3. – P. 253-260.

10. Velan E., Sheller B. Oral health in children with chronic kidney disease // Pediatr. Nephrol. – 2021. – Vol. 36, №10. – P. 3067-3075.

Аннотация. Тадқиқот давомида, ҳомила даврида гормонал препаратлар натижасида юзага келадиган сут тишларида эмал гипоплазияси мавжуд болаларнинг тиш қаттиқ тўқималари ҳолатининг ифодаланган клиник яхшиланишлари гистоморфологик тадқиқотлар билан ҳам очик тасдиқланди. 3.9-жадвалда болаларнинг тадқиқотдаги асосий гуруҳ ва таққослаш гуруҳида тиш қаттиқ тўқимаси гистоморфологик кўрсаткичларнинг ёмонлашиши кўрсатилди. Ҳомила даврида гормонал препаратлар натижасида юзага келадиган сут тишларида эмал гипоплазияси мавжуд болаларда тиш қаттиқ тўқималарининг клиник ёмонлашуви гистоморфологик тадқиқотлар билан ҳам тасдиқланди. Болаларда асосий ва таққослаш гуруҳида эпителиал хужайраларнинг микдори эмал гипоплазиясида ошди, кўрсаткичларнинг физиологик қийматиға нисбатан ортди.

Калит сўзлар: эмал гипоплазияси, сут тиши, germen dentis, enameloblast, odontoblast.

Цель: Методы современного подхода и результаты личного осмотра, ориентированного на клиническое исследование гипоплазии молочных зубов и эмали под влиянием

гормональных препаратов, применяемых во время беременности. Данная статья посвящена совершенствованию современного подхода к клиническим исследованиям гипоплазии молочных зубов и эмали под влиянием гормональных препаратов, применяемых во время беременности. Распространенность молочных зубов, гипоплазии эмали под влиянием гормональных препаратов, применяемых во время беременности в центрах репродуктивного здоровья, материнства и детства, стоматологических центрах города Ташкента, а также молочных зубов, гипоплазии эмали под воздействием гормональных препаратов во время беременности используются специализированная клиника и современные методы исследования.

Ключевые слова: гипоплазия эмали, молочный зуб, germen dentis, enameloblast, odontoblast.

Summary. Methods of a modern approach and the results of a personal examination focused on a clinical study of hypoplasia of primary teeth and enamel under the influence of hormonal drugs used during pregnancy. Methodological recommendations are devoted to improving the modern approach to clinical studies of hypoplasia of primary teeth and enamel under the influence of hormonal drugs used during pregnancy. The prevalence of baby teeth, enamel hypoplasia under the influence of hormonal drugs used during pregnancy in centers for reproductive health, motherhood and childhood, dental centers in the city of Tashkent, as well as baby teeth, enamel hypoplasia under the influence of hormonal drugs during pregnancy, a specialized clinic and modern research methods are used. The methodological recommendations are intended for dentists, hygienists, gynecologists, researchers and graduate students of medical sciences.

Key words: enamel hypoplasia, baby tooth, germen dentis, enameloblast, odontoblast.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ



Азимов М.И., Назарова Н.А.

Ташкентский государственный стоматологический институт

По данным Всемирной организации здравоохранения, травматические повреждения челюстно-лицевой области (ЧЛО) у детей являются одним из сложных и распространенных заболеваний, которое занимают одно из первых мест в структуре травматизма. Повреждения челюстно-лицевой области у детей сопряжены со многими факторами и составляет, по данным ряда авторов, до 80%.

За последнее десятилетие высокий уровень травматизма у детей обуславливается в основном травмами челюстно-лицевой области, которые занимают третье место после травм верхних и нижних конечностей. Сегодня для диагностики переломов лицевой кости используются различные методы рентгенографии. Сложность обследования детей с повреждениями челюстно-лицевой области обусловлена возрастными особенностями организма и психологии детей.

Возрастные анатомо-физиологические изменения, а именно увеличение лицевого отдела черепа в сравнении с мозговым отделом, уменьшение объема подкожно-жировой клетчатки, снижение эластичности костной ткани организма увеличивают риск возникновения переломов челюстно-лицевой области. Из-за особенностей строения челюстно-лицевой области вследствие

большого объема клетчатки, обильной трофики кровеносными сосудами, травмы данной области у детей сопровождаются обширными, быстро нарастающими отеком, гематомами мягких тканей.

К переломам челюстно-лицевой области, возникающим в основном за счет дорожно-транспортных происшествий, можно отнести переломы нижней челюсти, скуловерхнечелюстного комплекса, дна глазницы, носовой кости или комбинации любых из этих костных образований, которые вызывают у врача и пациента затруднение диагностики, лечения и реабилитации. По данным зарубежных авторов, 39% переломов челюстно-лицевой области составляет перелом самой выступающей кости ЧЛО – носовой кости [13].

Риск возникновения аномалий после травм ЧЛО обусловлен наличием множества зубов и их зачатков в полости рта, а также зон роста челюстей. «...В последние годы в связи с ростом дорожно-транспортных происшествий увеличилось количество тяжелых повреждений с одновременной травмой различных органов и систем, сопровождающихся грубыми нарушениям жизненно важных функций, трудно управляемыми, а порой необратимыми общими реакциями организма» [19].

К сожалению, только малая часть авторов

исследует диагностику и тактику лечения сочетанной черепно-мозговой травмы у детей. Переломы нижней челюсти у детей встречаются реже, чем у взрослых, что объясняется анатомическими различиями и этиологическими факторами [5,6,21].

Однако с возрастом ребенка частота переломов нижней челюсти увеличивается. Гасснер и соавт. сообщили, что риск перелома лицевой кости у растущего ребенка каждый год увеличивается на 14%. Высокий риск связан с изменением поведения, которое становится более активным, и увеличением соотношения объема лица и черепа [22].

По некоторым данным, соотношение мальчиков и девочек с переломами лицевых костей составляет 2:1. Характер и этиология переломов зависят от возраста и пола пациента [15-17]. Большинство переломов нижней челюсти регистрируются у мальчиков. Кроме того, пациенты мужского пола, пострадавшие от переломов нижней челюсти, были значительно старше, чем пациенты женского пола. Эти результаты согласуются с предыдущими исследованиями детской травмы лица, которые показали, что от переломов в основном страдают мальчики старше 12 лет. Это исследование определило повседневную деятельность, нападения и дорожно-транспортные происшествия как наиболее частые механизмы травм при детских переломах нижней челюсти [7,18,23].

Подавляющее большинство детей и подростков, пострадавших от переломов нижней челюсти, сообщили о неправильном прикусе и боли при сдвигании нижнечелюстного сустава. Предыдущие исследования, проведенные E. Hofmann и S. Koerdт [14], показали высокую диагностическую точность ограничения открывания рта, кровотечения из слухового прохода, результатов, связанных с внутривисочной оценкой, пальпируемого ступенчатого отрыва, парестезии нижнего альвеолярного нерва, теста угловой компрессии и теста осевого давления подбородка при переломах нижней челюсти.

2 пациентов обратились с гипестезией или анестезией нижнего альвеолярного нерва. Если после сбора анамнеза, изучения механизма травмы и проведения клинического обследования возникло подозрение на перелом, то традиционная рентгенологическая визуализация с использованием двухмерного панорамного изображения считалась достаточной у большинства детей. Однако переломы в определенных анатомических областях, таких как головка и шейка мыщелка, венечные отростки, симфиз и парасимфиз (эффекты размытия), с помощью панорамной рентгенографии обнаружить сложнее. Кроме того, неполные модели переломов, которые могут быть результатом эластичной костной структуры ребенка, не могут быть установлены с помощью панорамной рентгенографии. В неопределенных случаях или при подозрении на перелом шейки или головки мыщелка в дополнение к панорамному изображению выполнялась конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) или КТ с низкой дозой. Трехмерная визуализация с использованием КТ или КЛКТ изначально выбиралась при политравматических моделях травм и у пациентов без сознания [1-4,14].

На сегодняшний день для диагностики переломов лицевой кости используются различные методы рентгенографии.

В прошлом десятилетии рентгенография была стандартом диагностики переломов ЧЛЮ. Она имеет много недостатков, таких как отсутствие возможности визуализации сложных переломов лицевых костей, искажение изображения и недоступность визуализации в реальном времени [12,26].

Сложность обследования детей с повреждениями челюстно-лицевой области обусловлена возрастными особенностями организма и психологии детей. Для проведения обследования возникает необходимость общего обезболивания. Это ставит вопрос о необходимости “ультразвуковой эхографии” (УЗИ) и “компьютерной томографии” (КТ).

КТ является важным инструментом в диагностике и визуализации челюстно-лицевых

переломов. Она позволяет диагностировать несмещенные переломы, которые упускаются из виду при обычной рентгенографии. Однако известно, что КТ имеет несколько недостатков, таких как высокая лучевая нагрузка, рутинная недоступность, высокая стоимость, искажения из-за артефактов и невозможность обеспечить визуализацию в реальном времени. УЗИ является безопасным, простым и легкодоступным методом визуализации мягких тканей. Об использовании УЗИ при переломах черепа, ключицы, стопы и лодыжки, ребер, лицевых костей, таких как скуловая дуга, глазница, носовая кость, нижняя челюсть, было сообщено ранее. Многие преимущества, такие как легкая доступность, отсутствие ионизирующего излучения, визуализация в реальном времени и низкая стоимость сделали его более безопасным и надежным методом диагностики переломов челюстно-лицевой области [24].

Таким образом, целью нашего обзора была оценка объединенной чувствительности и специфичности УЗИ при переломах челюстно-лицевой области.

Датчики с более высокой частотой позволяют оценивать поверхностные характеристики, поскольку они имеют минимальную глубину проникновения. Датчики с более низкой частотой позволяют проникать глубже, снижая качество изображения более чем на 6 см. Однако в челюстно-лицевой области более глубокая визуализация может не потребоваться при УЗИ. Большинство исследователей использовали визуализацию перелома в реальном времени. УЗИ в момент травмы не было широко представлено среди исследований [9].

Большинство исследований оценивали переломы в областях глазницы и носовой кости. Переломы носовой кости показали высокие значения чувствительности и специфичности, за которыми следовали орбитальные переломы. Это поддерживает использование УЗИ в качестве диагностического инструмента для переломов глазницы и носовой кости.

Для подтверждения диагностической

обоснованности УЗИ требуются качественные исследования в других челюстно-лицевых областях. Недавние исследования оценили влияние времени проведения УЗИ с момента травмы, времени, необходимого для полного стандартизированного УЗИ, боли или дискомфорта из-за применения датчика на ссадинах или ранах [11].

Данное исследование показало многие преимущества УЗИ, которые включают доступность даже в условиях ограниченных ресурсов, портативность, минимальное соблюдение пациентом режима и позиционирования, визуализация в реальном времени и минимальное излучение [20].

Однако существуют определенные ограничения, отмеченные в более ранних исследованиях, такие как невозможность дифференцировать сложные переломы, идентификация интракапсулярного перелома мышечка, невывихнутых переломов, плохая визуализация нижней стенки глазницы. Клиницистам необходимо учитывать вышеуказанные ограничения и адаптироваться к передовым методам визуализации в соответствии с проявлениями травм [8,10,25].

Заключение

Своевременная диагностика различных по характеру повреждений челюстно-лицевой области у детей являются одной из актуальных, социально значимых проблем. Анатомо-физиологические особенности строения челюстных и лицевых костей создают определенные сложности в диагностике их повреждении. Вместе с тем ряд высокотехнологичных методов медицинских визуализаций сопряжены, прежде всего, со значительной лучевой нагрузкой. В этих случаях высокоинформативна магнитно-резонансная томография (МРТ). Однако, как и МСКТ, МРТ недоступна в амбулаторно-поликлинической практике. В связи с этим использование УЗИ в клинической медицине в целом и в педиатрической практике, в частности, является приоритетным и в настоящее время считается, что оно должно быть использовано в первую очередь для

диагностики травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей.

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что, несмотря на широкое применение современных методов УЗИ в медицинской практике, эффективность этого перспективного метода при травмах у детей изучены не достаточно. Единичные сообщения в этом направлении все еще не позволяют определить характер травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей.

Литература

1. Икрамов А.И., Кариева З.С. Компьютерно-томографическая семиотика травматического повреждения вещества головного мозга // Журн. теорет. и клин. мед. – 2010. – №7. – С. 77-82.
2. Икрамов А.И., Кариева З.С. Лучевая диагностика травматического повреждения органа зрения // Український нейрохірургічний журн. – 2010. – №2. – С. 67-70.
3. Икрамов А.И., Кариева З.С. Применение мультислайсной компьютерной томографии в диагностике краниофациальной травмы // Врач-аспирант. – 2010. – Вып. 2.1 (39). – С. 167-170.
4. Икрамов А.И., Кариева З.С., Пастухова Е.С. Лучевая диагностика повреждения орбиты при краниофациальной травме // Мед. визуализация. – 2011. – №1. – С. 51-55.
5. Пулатова Ш.К., Рахимов З.К. Оценка показателей местных факторов защиты полости рта у пациентов с переломами нижней челюсти // Актуальные проблемы в стоматологии: Материалы науч.-практ. конф. – Фергана, 2021. – С. 91-92.
6. Пулатова Ш.К., Рахимов З.К., Камбарова Ш.А., Хамитова Ф.А. Комплексное патогенетическое лечение больных с разлитыми флегмонами челюстно-лицевой области // Новый день в медицине. – 2019. – №2 (26). – С. 121-125.
7. Хамитов Ф.А. Особенности процесса заживления гнойной раны челюстно-лицевой области при использовании аутоотромбоцитарной массы у больных сахарным диабетом // Acad. Res. Educ. Sci. – 2020.
8. Al Shetawi A.H., Lim C.A., Singh Y.K. et al. Pediatric Maxillofacial Trauma: A Review of 156 Patients // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2016. – Vol. 74, №7. – P. 1420.e1-1424.e1.
9. Boyette J.R. Facial fractures in children // Otolaryngol. Clin. North Amer. – 2014. – Vol. 47, №5. – P. 747-761.
10. Buitrago-Téllez C.H., Cornelius C.P., Prein J. et al. The comprehensive AOCMF classification system: radiological issues and systematic approach // Craniomaxillofac. Trauma Reconstr. – 2014. – Vol. 7 (Suppl 1). – P. S123-S130.
11. Cleveland C.N., Kelly A., DeGiovanni J. et al. Maxillofacial trauma in children: association between age and mandibular fracture site // Amer. J. Otolaryngol. – 2021. – Vol. 42, №2. – P. 102874.
12. Doğan M., Doğan D.Ö., Düger C. et al. Effects of high-frequency bio-oxidative ozone therapy in temporomandibular disorder-related pain // Med. Princ. Pract. – 2014. – Vol. 23. – P. 507-510.
13. Gadicherla S., Pentapati K.-Ch., Rustaqi N. et al. Diagnostic accuracy of ultrasonography for the assessment of maxillafacial fractures: A meta-analysis // J. Int. Soc. Prevent. Com. Dentistry. – 2021. – Vol.11, Issue 5. – P. 503-509.
14. Hofmann E., Koerdt S., Heiland M. Pediatric maxillofacial trauma: insights into diagnosis and treatment of mandibular fractures in pediatric patients // Int. J. Clin. Pediatr. Dentistry // 2023. – Vol.16, Issue 3. – P. 500-509.
15. Kambarova S.A. Effect of Surgical Manipulation in Morphometric Growth of Maxillofacial Area at Children with Congenital Lip and Palate Splits At I and Ii Period of Childhood // Ann. Roman. Soc. Cell Biol. – 2021. – Vol. 25, Issue 4. – P. 1853-1858.
16. Kambarova S.A. Effect of surgical manipulation to morphometric development of face and jaw in patients with congenital lip and palate splits // Новый день в медицине. – 2021. – №2. – P. 128 130.

17. Kambarova S.A. Identification of the morphometric parameters of the craniofacial region of children with congenital cleft and palate reflections using a developed research map // *Central Asian J. Med.* – 2021. – Vol. 2, Issue 3. – P. 286.

18. Makhmudov J.K., Pulotova Sh.K. Etiopatogenesis and treatment of maxillofacial inflammatory processes using penicillin group antibiotics // *Europ. J. Mol. Clin. Med.* – 2020. – Vol. 7. – P. 3860-3866.

19. Oldoini G., Frabattista G.R., Saragoni M. et al. Ozone Therapy for Oral Palatal Ulcer in a Leukaemic Patient // *Europ. J. Case Rep. Intern. Med.* © EFIM 2020. Doi: 10.12890/2020_001406

20. Owusu J.A., Bellile E., Moyer J.S. et al. Patterns of pediatric mandible fractures in the United States // *J.A.M.A. Facial Plast. Surg.* – 2016. – Vol. 18, №1. – P. 37-41.

21. Pulatova Sh.K., Kambarova Sh.A. Comparative estimation of the remote result of operative treatment of patients with common phlegmons of maxillofacial area // *Новый день в медицине.* – 2016.

22. Pulatova Sh.K., Rakhimov Z.K. Estimation of clinical course in complex treatment of lower jaw fractures in patients with immuno correction // *Wld J. Pharmac. Res.* – 2020. – Vol. 9, Issue 9. – P. 93-104.

23. Pulatova Sh.K., Yusupov Sh.A. Enhancement treatments of methods of radicular cysts of jaw // *Int. Sci. J.* – 2020. – Vol. 85. – P. 337-340.

24. Rogan D.T., Ahmed A. Pediatric facial fractures. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2021 [updated 2021 Jul 31]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33085403>.

25. Rozema R., Doff M.H.J., El Moumni M. et al. Diagnostic accuracy of physical examination findings for midfacial and mandibular fractures // *Injury.* – 2021. – Vol. 52, №9. – P. 2616-2624. DOI: 10.1016/j.injury.2021.05.037

26. Tymour F., Boffano P. Etiology and Changing Patterns of Maxillofacial Trauma // *Maxillofacial Surgery.* – Third Ed. – 2017.

Аннотация. Анатомо-физиологические особенности строения челюстных и лицевых костей создают определенные сложности в диагностике их повреждении. Анализ данных литературы свидетельствует о том, что, несмотря на широкое применение современных методов УЗИ в медицинской практике, эффективность этого перспективного метода при травмах у детей изучены не достаточно. Единичные сообщения в этом направлении все еще не позволяют определить характер травматических повреждений челюстно-лицевой области у детей.

Ключевые слова: дети, челюстно-лицевая область, методы диагностики.

Annotatsiyasi. Jag' va yuz suyaklari tuzilishining anatomik va fiziologik xususiyatlari ularning shikastlanishiga tashxis qo'yishda ma'lum qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Adabiyot ma'lumotlarining tahlili shuni ko'rsatadiki, zamonaviy ultratovush usullari tibbiy amaliyotda keng qo'llanilishiga qaramay, bolalardagi shikastlanishlar uchun ushbu istiqbolli usulning samaradorligi etarli darajada o'rganilmagan. Ushbu yo'nalishdagi yagona xabarlar hali ham bolalarda jag'-fasial sohadagi travmatik shikastlanishlar xususiyatini aniqlashga imkon bermaydi.

Kalit so'zlar: bolalar, jag'-fasial mintaq, diagnostika usullari.

Summary. Anatomical and physiological features of the structure of the jaw and facial bones create certain difficulties in diagnosing their damage. Analysis of literature data indicates that, despite the widespread use of modern ultrasound methods in medical practice, the effectiveness of this promising method for injuries in children has not been sufficiently studied. Isolated reports in this area still do not allow us to determine the nature of traumatic injuries of the maxillofacial region in children.

Key words: children, maxillofacial region, diagnostic methods.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ОРТОДОНТИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ



Муртазаев С.С., Кучкарова М.К.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В современной специальной литературе широко обсуждаются вопросы диагностики и лечения пациентов с цефалгиями различной этиологии. Нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц часто сопровождаются болевыми ощущениями различной выраженности. Отечественными и зарубежными авторами доказана роль нарушений смыкания зубных рядов и других факторов в развитии болевого синдрома. Имеются публикации, в которых представлены результаты рандомизированных контролируемых исследований, доказывающих, что изменения окклюзионных соотношений не приводят к нарушению функции височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц. Анализ результатов обследования пациентов с ортогнатическим прикусом и целостными зубными рядами показал, что окклюзионные нарушения встречаются в 84,9% случаев, признаки дисфункций височно-нижнечелюстного сустава выявлены в 84,8%. Высокая распространенность нарушений смыкания зубных рядов у пациентов с ортогнатическим прикусом требует систематизации факторов окклюзионных нарушений, разработки тактики ранней диагностики и плана комплексного лечения [6].

Клиника зубоальвеолярных деформаций зависит от целого ряда факторов: времени, прошедшего с момента утраты зубов; возраста больного; величины и топографии дефекта; степени смещения зуба(ов); наличия стираемости антагонизирующих зубов;

состояния тканей периодонта и организма в целом. Несмотря на успехи, достигнутые в разработке эффективных методов лечения аномалий и деформаций зубочелюстной системы в сформированном прикусе, многие вопросы остаются нерешенными. У взрослых пациентов сформирован челюстно-лицевой скелет, образованы стойкие артикуляционные соотношения между зубными рядами и снижены пластические возможности костной ткани. При утрате зубов в зубочелюстной системе происходят изменения. Зубы, лишённые антагонистов, и окружающая их кость постепенно перемещаются в направлении отсутствующих антагонистов противоположной челюсти. Высокая распространенность структурных и функциональных поражений височно-нижнечелюстных суставов у взрослого населения, достигающая 76%, а также сложности диагностики и лечения мышечно-суставных дисфункций предопределяют актуальность дальнейших исследований в этом разделе современной стоматологии.

Дефекты зубных рядов в сочетании с дистальной окклюзией сопровождаются структурными и функциональными изменениями височно-нижнечелюстного сустава. Объектом исследования служили 180 пациентов с дефектами зубных рядов в сочетании с дистальной окклюзией. В результате применения клинко-лабораторных методов исследования было выделено три варианта строения височно-нижнечелюстного сустава, определены клинко-рентгенологические

особенности изучаемой патологии, предложен алгоритм ортодонтического и ортопедического лечения данной патологии в зависимости от выделенного варианта височно-нижнечелюстного сустава [7].

В работе Lyubov V Smaglyuk [1], Hanna V. Voronkova [21] рассматриваются основные задачи современной ортодонтии. Это создание сбалансированной, морфологически устойчивой окклюзии в гармонии с эстетикой лица и функциональной адаптацией, а также изучение взаимосвязи между зубочелюстными аномалиями и соматической патологией. Анализ был выполнен с использованием базы данных Medline и Google Scholar.

Организм человека – это биологическая система, состоящая из взаимосвязанных и подчиненных элементов. Любые отклонения в работе этой системы могут привести к функциональным нарушениям в одном органе. Это в полной мере относится к зубочелюстным аномалиям и деформациям, развитие которых тесно связано с другими заболеваниями. Поэтому диагностика, лечебная тактика и профилактика зубочелюстных аномалий и деформаций должны рассматриваться в контексте целостности несформированного организма ребенка, взаимозависимости формы и функций его органов и систем.

С момента своего появления диагностическая классификация аномалий прикуса с лицевым прогнатизмом получила широкое признание и применяется в ортодонтической специальности. Согласно этой классификации аномалии прикуса с прогнатическим профилем лица можно разделить на 4 класса: денто-альвеолярное происхождение, скелетное происхождение, нижнечелюстное позиционирование и комбинированное скелетное и нижнечелюстное позиционирование, т. е. комбинированный подтип I и подтип II. Среди новых разработок этой инновационной классификации аномалий прикуса морфологическая оценка тела нижней челюсти выделяет новый импульс. Помимо измерения только угловых и линейных периметров, эта новая догма фокусируется на оценке физических контуров нижней челюсти с помощью

цефалометрических изображений. Она включает в себя определение геометрической морфологии нижней челюсти и глубины искривления симфиза. У пациентов с лицевым прогнатизмом часто встречаются два типа морфологии нижней челюсти: благоприятное плоское и горизонтально прямоугольное тело с выступающим подбородком; и невыгодное толстое и вертикально треугольное тело с выступающим подбородком. Глубина симфиза, с другой стороны, оказывается мелкой или глубокой. Отмечается, что прогнатизм с ретрузией нижней челюсти имеет плоскую нижнюю челюсть, а неблагоприятная треугольная нижняя челюсть существует только при скелетном прогнатизме. Эта новая классификация ограничивает показания к экстракции при аномалиях прикуса с прогнатическим профилем лица: от экстракции следует воздержаться в случаях с повышенным оверджетом, надкусыванием и глубоким изгибом Шпее, а вместо этого рекомендуется ортопедическая терапия СГТБ.

Пропорции лица, как и пропорции зубов и всего тела, подчиняются правилу золотых пропорций. Для характеристики формы лица определяют индекс фациальный морфологический по Izard. Симметрию лица определяют относительно срединной линии лица. Центр подбородка считают индикатором смещения нижней челюсти (НЧ), а степень ее смещения как один из основных факторов риска развития дисфункциональных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. Для оценки эстетики лица авторы предлагают опираться на костные и мягкотканые параметры, отражающие связь положения НЧ в черепе в сагиттальном направлении с углами – выпуклости лица и носогубным, соотношением высот лица и положением верхней губы при дистальном прикусе.

В последнее время наблюдается тенденция к росту зубочелюстных деформаций различного генеза, сопровождающихся фонетическими аномалиями. Многие авторы [14] изучали повышение эффективности ортодонтического лечения зубочелюстных деформаций, сопровождающихся фонетическими нарушениями, путем

разработки и обоснования комплекса диагностических и лечебных мероприятий на основе мультидисциплинарного подхода. Изучено влияние состояния ЛОР-органов на формирование зубочелюстных деформаций и фонетических нарушений у 155 детей. Клиническое стоматологическое обследование и ортодонтическое лечение проведено 82 пациентам в возрасте от 6 до 12 лет. Для преодоления дефектов фонологической стороны речи была проведена индивидуальная коррекционная логопедическая работа. Определенная патологическая «цепочка» причинно-следственных связей зубочелюстных деформаций с фонетическими нарушениями и заболеваниями ЛОР-органов стала основой для междисциплинарного подхода к решению выявленных проблем.

Установлена качественная и количественная зависимость ухудшения звука от типа ортогнатических деформаций. Разработан и внедрен в практику комплекс диагностических и лечебных мероприятий для пациентов с зубными деформациями, сопровождающимися фонетическими нарушениями, состоящий из мотивационного, диагностического и терапевтического блоков. Предложенный комплекс диагностических и лечебных мероприятий позволил повысить эффективность ортодонтического лечения детей с зубогнатическими деформациями с нарушениями звукового произношения в зависимости от типа прикуса с помощью мультидисциплинарного подхода с привлечением отоларинголога, логопеда, детского терапевта и хирурга, что было подтверждено у 86,6% пациентов улучшением электромиографии, антропометрических измерений сканированных моделей челюстей, цефалометрии. Анализ данных конусно-лучевой компьютерной томографии показал достоверное увеличение объема верхних дыхательных путей на $53,8 \pm 4,2\%$.

О.И. Арсенина [3] оценивала эффективность цефалометрии в планировании ортодонтического лечения у пациентов со скученным положением зубов и соотношением моляров по I классу Энгля. Цефалометрия была проведена 70 больным, завершившим

ортодонтическое лечение в клинике «Ортодонт» Самары, при первичном обследовании и после лечения. Анализировались цефалометрические параметры, полученные по боковым телерентгенограммам (ТРГ) головы 70 пациентов с СПЗ и I классом по Энгля, завершивших этап ортодонтического лечения в Стоматологической клинике «Ортодонт» Самары. Боковую ТРГ головы каждому пациенту выполняли дважды. В 1-й раз — во время первичного диагностического обследования, во 2-й — при контрольном обследовании по завершению этапа ортодонтического лечения. У пациентов, которым во время лечения удалялись 4 первых премоляра, отмечалось статистически достоверное нарушение взаимосвязи между N-Se и длиной верхней и нижней челюсти. Величина N-Se у этих пациентов была больше, а относительная длина челюстей меньше, чем у пациентов, пролеченных с сохранением всех зубов или удалением только 2 премоляров. Выявленное увеличение угла G при уменьшении длины нижней челюсти предполагает соответствующую компенсацию ее позиции. В процессе роста лицевого скелета указанные диспропорции усугублялись. Широкий диапазон значений цефалометрических параметров, определяющих стратегию создания пространства в зубном ряду, делает неэффективным использование данных параметров при ее выборе.

Французские ученые С. Martin, Р. Bouletreau, Р. Cresseaux сообщают, что клинические измерения при фронтальном взгляде недооценивают отклонение подбородка при асимметрии нижней челюсти. Целью их описательного исследования является поиск надежного метода измерения отклоняющихся подбородков с использованием рентгеновского снимка лица в качестве эталона. В исследование включены 70 пациентов с асимметрией нижней челюсти, обратившихся к челюстно-лицевому хирургу. Были собраны данные о возрасте, поле, цефалометрических характеристиках, причинах консультации пациента и типе операции. Для сравнения оценки асимметрии нижней челюсти на мягких тканях и с помощью цефалометрии были протестированы два

цефалометрических метода относительно медиальной сагиттальной плоскости (ПСМ). Были отобраны пациенты молодого возраста (26 ± 9 лет), женщины (75%) с открытым прикусом (средний ФМА: $28 \pm 8^\circ$), скелетная тенденция III класса, левостороннее смещение подбородка (63%). Они консультировались как по эстетическим, так и по функциональным причинам (51% случаев) и нуждались в бимаксиллярной хирургии (66%). Сравнение фотографического угла (образованного ПСМ и линией, проходящей через назион и достигающей точки подбородка) и рентгенографического угла (образованного ПСМ и линией, проходящей через отросток КристаГаллииуголточкикостногоподбородка) не выявило существенной разницы ($P = 0,937$) и, таким образом, является достоверным.

Анализ современной иностранной и отечественной литературы показал, что существует много методик изучения КТ ВНЧС при различных патологических состояниях.

Проведение сравнительного анализа существующих методов измерения углов инклинации зубов и определение торка постоянных зубов при ортогнатическом прикусе.[17]. Авторы провели измерение углов инклинации у 137 человек с физиологическим прикусом и стандартными значениями торка постоянных зубов. При измерении торка зубов были использованы четыре метода исследования. При первом методе угол инклинации, образованный окклюзионной плоскостью и условной срединной вертикалью зуба, измеряли транспортиром на распилах гипсовых моделей зубных рядов. Второй метод, позволяющий оценивать торк и ангуляцию зубов одновременно, проводили с помощью аппарата «Арко-зет» фирмы «Scheu Dental GmbH». В качестве третьего метода исследования использовалась методика анализа снимков конусно-лучевой компьютерной томографии, на которые были нанесены линейные и угловые ориентиры. Четвёртый метод исследования базировался на результатах сканирования гипсовых моделей лазерным сканером «ORAPIX» с последующим созданием цифрового трёхмерного изображения и формированием

виртуальной Set-Up-модели в файле «ORAPIX» 3Tхer 2.5.0.

Все методы измерения углов наклона зубов в вестибулярно-язычном направлении могут быть применены как в прикладном, так и в клиническом аспекте. Определение торка постоянных зубов с использованием морфометрии гипсовых моделей зубных рядов и аппаратного метода отличаются трудоёмкостью, длительностью исследований, а также наличием погрешностей в измерениях. Методики анализа снимков конусно-лучевой компьютерной томографии и использования виртуальной диагностической Set-Up-модели в файле «ORAPIX» 3Tхer 2.5.0 являются высокотехнологичными, прецизионным, а воспроизводимость и интерпретация полученных результатов даёт возможность использовать имеющиеся угловые и линейные параметры для оценки эффективности проводимых ортодонтических мероприятий на всех этапах лечения. Внедрение в клиническую ортодонтию полученных в результате исследований границ референсных величин и доверительных интервалов углов инклинации зубов верхней, нижней челюсти, а также наклона антагонизирующих зубов, позволит сократить временные затраты на этапе ранней диагностики и повысить эффективность контроля результатов ортодонтического лечения. Совершенствование существующих методов диагностики зубочелюстных аномалий привело к созданию высокотехнологичных, прецизионных, компьютеризированных методов измерений, внедрение в работу которых позволит не только минимизировать погрешности, связанные с инструментальными измерительными методиками структур челюстно-лицевой области, но, и за счёт прогнозируемости ортодонтического лечения, достигнуть оптимальных функционально-эстетических результатов.

Китайские ученые делятся опытом лечения скелетной аномалии прикуса III класса методом многослойной краевой дуговой проволоки (MEAW) с верхнечелюстными мини-имплантатами [16]. Двадцать пациентов были пролечены методом MEAW и модифицированными эластками класса

III из верхнечелюстных мини-имплантатов. 24 пациента были пролечены с помощью длинных эластиков класса III от верхних вторых моляров в качестве контроля.

Латеральные цефалометрические рентгенограммы были получены и проанализированы до и после лечения, а также через 1 год после ретенции. В обеих группах была установлена удовлетворительная окклюзия. С помощью анализа главных компонентов можно было сделать вывод, что переднезаднее положение зубов, скелетное сагиттальное и вертикальное положение, а также вертикальное положение верхнего моляра изменялись внутри групп и между группами; вертикальное положение нижних зубов и расстояние между ними изменялись в экспериментальной группе и между группами. В опытной группе нижние резцы наклонялись лингвально на 2,7 мм и выдавливались на 2,4 мм. Лингвальный наклон нижних резцов увеличивался на 3,5°. На нижней челюсти первые моляры дистально наклоненные 9,1° и вторгся на 0,4 мм. Их острия перемещались на 3,4 мм дистальнее. В контрольной группе верхние резцы прогибались на 3°, а верхний первый моляр выдавался на 2 мм. SN-MP увеличивался на 1,6°, А S-Go/N-ME уменьшался на 1. Метод MEAW в сочетании с модифицированными эластиками класса III с помощью верхнечелюстных мини-имплантатов позволяет эффективно наклонять нижнечелюстные моляры дистально без какой-либо экстррузии и наклонять нижние резцы лингвально с экстррузией для маскировки скелетных аномалий III класса. Можно избежать вращения нижней челюсти по часовой стрелке и дальнейшего проклинивания верхних резцов. Метод и модифицированные эластики класса III обеспечивали надлежащую стратегию лечения, особенно для пациентов с высоким углом наклона и склонностью к открытому прикусу.

Таким образом, литературный обзор показывает многообразие различных аномалий зубочелюстной системы. В работах ученых разных стран мира изучаются подходы к диагностике и лечению данной патологии, авторы делятся успешным опытом

в этой области, предлагают разработанные протоколы, алгоритмы и методики.

Литература

1. Аверьянов С.В., А.В. Зубарева Влияние зубочелюстных аномалий на уровень качества жизни // Ортодонтия. – 2016. – №2 (74). – С. 33-34.
2. Анохина А.В., Абзалова С.Л. Анализ данных опроса врачей-ортодонт о применении современных методов диагностики и планирования лечения зубочелюстных аномалий у взрослых // Стоматология. – 2020. – №1. – С. 61-65.
3. Арсенина О.И. и др. Эффективность цефалометрии в планировании ортодонтической коррекции: цефалометрические параметры и их возрастные изменения (ч. 1) // Стоматология. – 2017. – №3. – С. 45-48.
4. Афанасьева О.Е., Арсенина О.И., Попова А.В., Кортюков Е.И. Закономерное изменение наклона окклюзионной плоскости при лечении дистальной окклюзии индивидуальным лингвальным аппаратом // Стоматология. – 2018. – №4. – С. 42-44.
5. Берсенов, А.В. Результаты лечения глубокого прикуса по данным анализа телерентгенограмм головы в боковой проекции // Ортодонтия. – 2006. – №4(36). – С. 42-45.
6. Искусственный интеллект в ортодонтии и его использование для оценки патологии прикуса. // Нигматов Р.Н., Рузиев Ш.Д., Ханова Д.Н. / Научно-практический журнал «Интегративная стоматология и челюстно-лицевая хирургия». Том 3, Выпуск 2 (7). – 2024. – С.69-73.
7. Maknamara analizi yordamida prikus anomalialarini tezkor tashxislash. / Elektron dastur / Nigmatov R.N., Ro'ziev Sherzod Dilshod o'g'li, Nigmatova I.M. / Патент DGU № 44837 от 02.12.2024 года.
8. Насимов Э.Э., Муртазаев С.С., Арипова Г.Э., Хусанов Ю.Б. Определение цефалометрических данных у пациентов с дистальным и мезиальным прикусом по Ricketts // Stomatologiya. – 2022. – С. 58-60.
9. Нигматов Р.Н., Акбаров К.С., Нигматова И.М. / Болаларнинг алмашинув

прикусы даврида тиш қаторларининг кесишган оккюзиясини цефалометрик усулда таххислаш // Научно-практический журнал «Stomatologiya». № 1 (82), Т.- 2021. – С.38-40.

10. Поляма Л.В., Черемисова В.С., Персин Л.С. Использование цефалографического анализа для оценки скелетной гармонии и баланса // Ортодонтия. – 2010. – Vol. 51, №3. – С. 26-32.

11. Alansari S., Atique M.I., Gomez J.P. et al. The effects of brief daily vibration on clear aligner orthodontic treatment // J. Wld Federat. Orthodont. – 2018. – Vol. 7, №4. – P. 134-140.

12. Ashley Aiken, Bouloux Gary M.R. Imaging of the Temporomandibular Joint // Magn. Reson. Imag. Clin. North Amer. – 2012. – Vol. 20, №3. – P. 397-412.

13. Chigurupati R., Mehra P. Surgical Management of Idiopathic Condylar Resorption: Orthognathic Surgery Versus Temporomandibular Total Joint Replacement // Oral. Maxillofac. Surg. Clin. North Amer. – 2018. – Vol. 30, №3. – P. 355-367.

14. Flis P., Yakovenko L., Filonenko V., Melnyk A. Validation of the diagnostic and treatment complex for patients with orthognathic deformities and phonetic disorders // Georgian Med. News. – 2019. – Vol. 294. – P. 62-68.

15. Guo Y., Qiao X., Yao S. et al. CBCT Analysis of Changes in Dental Occlusion and Temporomandibular Joints before and after MEAW Orthotherapy in Patients with Nonlow Angle of Skeletal Class III // Biomed. Res. Int. – 2020. – Vol. 2020. – P. 7238263.

16. He S., Gao J., Wamalwa P. et al. Camouflage treatment of skeletal Class III malocclusion with multiloop edgewise arch wire and modified Class III elastics by maxillary mini-implant anchorage // Angle Orthod. – 2013. – Vol. 83, №4. – P. 630-640.

17. Kim J.H., Arita E.S., Pinheiro L.R., Yoshimoto M. Computed Tomographic Artifacts in Maxillofacial Surgery // J. Craniofac. Surg. – 2018. – Vol. 29, №1. – P. e78-e80.

18. Kato C., Ono T. Anterior open bite due to temporomandibular joint osteoarthritis with muscle dysfunction treated with temporary anchorage devices // Amer. J. Orthod. Dentofacial. Orthop. – 2018. – 154, №6. – P. 848-859.

19. Kaku M., Koseki H., Kawazoe

A. Treatment of a case of skeletal class II malocclusion with temporomandibular joint disorder using miniscrew anchorage // Cranio. – 2011. – 29, №2. – P. 155-163.

20. Mani F.M., Sivasubramanian S.S. A study of temporomandibular joint osteoarthritis using computed tomographic imaging // Biomed. J. – 2016. – Vol. 39. – P. 201-206.

21. Mehra P., Nadershah M., Chigurupati R. Is Alloplastic Temporomandibular Joint Reconstruction a Viable Option in the Surgical Management of Adult Patients With Idiopathic Condylar Resorption? // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2016. – Vol. 74, №10. – C. 2044-2054.

22. Mercuri L.G., Handelman C.S. Idiopathic Condylar Resorption: What Should We Do? // Oral. Maxillofac. Surg. Clin. North Amer. – 2020. – Vol. 32, №1. – P. 105-116.

Аннотация. Проанализированы работы из электронных баз данных Pub Med/Medline Cochrane, SCOPUS, SPRINGER, Google Scholar, опубликованные в 2010-2020 гг. Для фильтрации научных работ использовались заранее определенные критерии включения и исключения. В обзор были включены научные статьи, удовлетворяющие основным критериям включения.

Ключевые слова: зубочелюстная система, аномалии, диагностика, лечение.

Аннотацияси. 2010-2020 yillarda nashr etilgan Pub Med/Medline Cochrane, SCOPUS, SPRINGER, Google Scholar elektron ma'lumotlar bazalaridagi maqolalar tahlil qilindi. Ilmiy maqolalarni filtrlash uchun oldindan belgilangan kiritish va istisno qilish mezonlaridan foydalanilgan. Ko'rib chiqishda asosiy qo'shilish mezonlariga javob beradigan ilmiy maqolalar kiritilgan.

Kalit so'zlar: stomatologik tizim, anomaliyalar, diagnostika, davolash.

Summary. The papers from the electronic databases Pub Med/Medline Cochrane, SCOPUS, SPRINGER, Google Scholar, published in 2010-2020, were analyzed. Pre-defined inclusion and exclusion criteria were used to filter scientific papers. The review included scientific articles that met the main inclusion criteria.

Key words: dentoalveolar system, anomalies, diagnostics, treatment.

ВАЖНОСТЬ ВИТАМИНА D ДЛЯ ДЕТЕЙ

¹Мирзарахимова К.Р., ¹Нурмаматова К.Ч., ¹Азимов Р.И., ¹Турахонова Ф.М.,

²Хужаниязова Н.К., ¹Машарипова Р.Ю.

¹Ташкентский государственный стоматологический институт, ²Чиланзарский техникум общественного здравоохранения им. Абу Али ибн Сино

У малышей витамин D препятствует развитию рахита – заболеванию, связанному с нарушением развития костей и их размягчением. У подростков и взрослых витамин D препятствует развитию кариеса и патологий десен, защищает от [остеопороза](#) (размягчение костной ткани за счет недостатка кальция) и ускоряет заживление переломов. Витамин D повышает также устойчивость к вирусным заболеваниям, что крайне важно, особенно когда малыш впервые пошел в детский сад и стал часто болеть.

Потребность в витамине колеблется в зависимости от его исходного уровня в крови, типа питания и времени, проведенного на открытом солнце. В сутки младенцам до 6 месяцев рекомендуется принимать 400 МЕ, но максимально допустимая доза составляет 1000 МЕ. Детям после 6 месяцев рекомендуемая доза витамина не меняется, но максимальное количество увеличено до 1500 МЕ. Для кормящих женщин нормальным считается поступление 800 МЕ, максимальная дозировка в сутки, граничащая с токсической – 4000 МЕ.

Для определения потребности в кальцифероле можно сдать специальный анализ крови. Нормальный показатель содержания витамина D для взрослого человека – 60-100 нг/мл, при использовании других методов измерения – 150-250 нмоль/л. Если не придерживаться рекомендованных норм, у кормящей женщины пострадает в первую очередь ребенок. У него на всю жизнь сохранятся последствия перенесенного рахита.

Чем опасен дефицит витамина D? Опорно-двигательный аппарат повзрослевшего человека будет хрупким и ослабленным.

Это вызывает трудности при ходьбе, боли в конечностях, ломкость костей. Отражается рахит и на комплекции тела:

- низкий рост,
- неправильная осанка,
- ярко выраженные теменные и лобные бугры,
- сплюснутая по бокам грудная клетка,
- суженный малый таз.

Утолщения в области запястья могут исчезнуть по мере выздоровления. А вот проблемы с передвижением с возрастом могут лишь усугубляться. В особо тяжелых случаях больные перестают ходить из-за сильных болей. Невылеченный рахит чреват судорогами в подростковом и взрослом возрасте. Иногда судороги вызывают остановку дыхания.

Дефицит витамина D приводит к вымыванию кальция и фосфора из костей. В детском возрасте на фоне дефицита витамина D развивается рахит, во взрослом происходит размягчение костной ткани (остеомалация) и снижение плотности костной ткани (остеопороз). Особенно опасен дефицит витамина в первый год жизни ребенка, когда происходит быстрый рост костной ткани.

В настоящее время ученые высказывают предположение о влиянии недостатка витамина D на развитие рака, а также аутоиммунных, инфекционных заболеваний.

При недостаточном количестве данного нутриента у ребенка могут возникать приступы нервозности, беспокойства, ухудшение сна, повышенное потоотделение. Также можно заметить появление признаков серьезного заболевания, свидетельствующего о сбоях в процессах фосфорно-кальциевого обмена – рахита:

- родничок и швы черепных костей закрываются позже нормы;
- кости видоизменяются, ребра становятся мягкими, на них возникают утолщения;
- теменные и лобные бугры разрастаются;
- голова может приобретать седловидную или квадратную форму;
- черепные кости становятся мягкими, их форма нарушается, возникают болевые ощущения;
- зубы у ребенка прорезываются с задержкой, нередко их эмаль подвержена изменениям;
- у малыша диагностируются пониженный мышечный тонус и снижение темпов роста;
- ребенок может страдать частыми переломами;
- происходит увеличение в размерах сердца и других внутренних органов, возникают нарушение сердечного ритма и малокровие – железодефицитная анемия;
- иммунитет ребенка становится ослабленным, часто возникают различные заболевания.

Как показали исследования, количество витамина D в продуктах – величина нестабильная. Например, при экспертизе молока одного и того же производителя содержание витамина D в разных партиях колебалось и могло быть меньше от заявленного в пределах 20 МЕ. Именно поэтому в некоторых странах производители дополнительно обогащают витамином D молоко и молочные продукты.

Чтобы в организме выработалось достаточно витамина, необходимо находиться с открытыми для солнечных лучей лицом и конечностями до полуденного солнца (в промежутке с 9 до 11 часов утра в зимнее время) дважды в неделю. Людям со светлой кожей достаточно пяти минут, темнокожие должны находиться на солнце не менее получаса.

Однако некоторым детям для восполнения дефицита витамина D в организме недостаточно только полноценного принятия солнечных ванн. Малыши, страдающие заболеваниями желудочно-кишечного тракта, с избыточной массой тела, живущие в регионах, где мало солнечного света, дети, которые мало двигаются, со смуглой кожей, а также дети, которым нежелательно пребывать на солнце, относятся к группе риска по недостатку витамина D.

Этот микронутриент синтезируется в организме под влиянием солнечных лучей при условии поступления его вместе с некоторыми продуктами. К сожалению, естественных источников часто не хватает – по разным данным, дефицит этого витамина наблюдается у 35-60% детей разного возраста. Поэтому прием препаратов с витамином D требуется практически всем детям, а особенно малышам до 3-х лет и тем, кто входит в группу риска: страдает заболеваниями ЖКТ и/или ожирением, получает лекарственную терапию или соблюдает щадящие диеты.

Профилактика дефицита витамина D. Неспецифическая профилактика должна быть комплексной и начинаться еще до рождения ребенка.

Будущей маме нужно много времени проводить на свежем воздухе, достаточно двигаться, соблюдать режим труда и отдыха, следить за характером питания (принимать больше овощей, фруктов, белковой пищи). В последние 3-4 месяца беременности начинается кальцификация костей скелета плода, поэтому повышается потребность в кальции и, следовательно, в витамине D. Беременным женщинам с первых недель рекомендуется принимать поливитаминные препараты, а начиная с III триместра – дополнительно принимать 500-1500 МЕ витамина.

Очень важно поддерживать и как можно дольше сохранять грудное вскармливание.

Необходимо правильно организовать режим дня кормящей мамы и полноценное питание, содержащее мясо, молочные продукты, рыбу, овощи. Также своеобразной профилактикой для подрастающего малыша является введение прикормов, ежедневные прогулки на воздухе с открытым лицом и конечностями, лечебная гимнастика, курсы общего массажа.

Детям же, находящимся на искусственном вскармливании, витамин D надо давать обязательно. При подборе смеси необходимо учитывать наличие в ней этого витамина и лактозы, необходимой для его усвоения. Несмотря на то, что практически все адаптированные смеси содержат витамин, есть мнение, что его усвоение из них происходит недостаточно активно.

Специфическая профилактика витамина D. Независимо от характера вскармливания, с 4-х недель жизни необходимо проведение специфической профилактики дефицита витамина D всем детям. Доношенным детям рекомендуется назначение профилактической дозы 500 МЕ водного или масляного раствора витамина D ежедневно, детям же из группы риска – 1000 МЕ. В последнее время многие исследователи и практические врачи поддерживают мнение о том, что проводить профилактику рахита необходимо всем детям первых трех лет жизни без перерыва на летний период, при условии нахождения ребенка в своем регионе, детям же от 3-х до 5 лет витамин D давать в осенне-весенние месяцы.

Литература

1. Камилов А.А., Рустамова Х.Е., Турахонова Ф.М. О роли здорового образа жизни в формировании здоровья учащихся спортивно-оздоровительных учреждений // Sustainability of education, socio-economic science theory. – 2022. – Vol. 1, №4. – P. 52-55.
2. Камилова Д., Ирханова Д. Здоровое и правильное питание // In Proceedings of Scientific Conference on Multidisciplinary Studies. – 2023. – Vol. 2, №9. – P. 13-17.
3. Машарипова Р.Ю., Абдукадиров Х.Ж., Махмудова М.Х. Роль семейного врача в выявлении факторов риска прединсультного состояния // Models and methods for increasing the efficiency of innovative research. – 2022. – Vol. 2, №18. – P. 32-37.
4. Мирзарахимова К.Р., Хужамбердиева Д.М., Яхяева К.Р., Сайдалиева М.Н. Решения социальных проблем детей с ограниченными возможностями // Prospects for the development of biology, medicine and pharmacy. – 2022. – Vol. 2306. – P. 117.
5. Рахманов Т., Мирзарахимова К. Разработка методических рекомендации по изучению и оценке физического развития организованных детей дошкольного возраста. – Stomatologiya. – 2022. – №1 (2-3). – С. 96-99.
6. Сувонов К.Ж., Рустамова Х.Е. Социально-гигиенические аспекты стоматологической патологии у беременных // Стоматол. детского возраста и проф. – 2009. – №1. – С. 64-66.
7. Умаров Б.А., Мирзарахимова К.Р., Зикирова М.Ш., Рузиев Ш.А. Факторы взаимосвязи ментального здоровья и здорового образа жизни населения // Res. J Trauma Dis. Studies. – 2023. – Vol. 2, №4. – P. 101-108.
8. Kamilova D.N., Raxmatullaeva D.M., Tangirov A.L. et al. A new stage in health care reform that is, about medical tourism and its development // Brit. Med. J. – 2022. – Vol. 2, №4.
9. Kuliyyev O.A., Ch N.Q., Mirzarakhimova K.R. Department of management and organizations of public health single methodical system // Scientific approach to the modern education system. – 2022. – Vol. 1, №10. – P. 128-134.
10. Mamatkulov B.M., Urazaliyeva I.R. Organization of work of visiting nurses of family polyclinics // NeuroQuantology. – 2022. – Vol. 20, №11. – P. 950.
11. Mamatkulov B.M., Mirzarakhimova K.R., Urazaliyeva I.R. и др. Risk Factors for Congenital Anomalies in Children and the Role

of the Patronage Nurse // Ann. Roman. Soc. Cell Biol. – 2021. – Vol. 34. – P. 8803-8815.

12. Mirvarisova L.T., Nurmamatova K.H., Mirzarahimova K.R. Medical management, optimization and improvement of the health system in Uzbekistan // J. Dentistry. – 2018. – Vol. 4. – С. 61-64.

13. Mirzarakhimova K.R., Kamilov A.A., Tangirov A.L. et al. Risk factors caused by congenital disorders in children // Academia: Int. Multidisc. Res. J. – 2022. – Vol. 12, №1. – P. 76-82.

14. Mirzarakhimova K.R., Nurmamatova Q.C., Sharipov A.T. et al. Management in stomatology // South Asian J. Market. Manag. Res. – 2020. – Vol. 10, №10. – P. 82-89.

15. Nurmamatova K.C., Abdukadirov K.J., Karimova M.U., Makhmudova M.X. The study of the dynamics of the incidence of allergic rhinitis among children in Tashkent // Sustainability of education, socio-economic science theory . – 2022). – Vol. 1, №4. – P. 56-59.

Аннотация. Витамин D крайне необходим детям. Данный микронутриент помогает усваивать кальций и фосфор – вещества, жизненно необходимы детям для роста и правильного развития зубов, костей черепа и в целом опорно-двигательного аппарата. Кроме того, витамин D требуется для нормальной работы мозга, желудочно-кишечного тракта и эндокринной системы, помогает укрепить иммунитет и защититься от инфекционных заболеваний: от банального ОРВИ до таких

серьезных патологий как туберкулез.

Ключевые слова: витамин, женщины, кормящие грудью, профилактика, дефицит витамина.

Аннотацияси. D vitamini bolalar uchun zarurdir. Ushbu mikroelement kaltsiy va fosforni - bolalar uchun tishlarning, bosh suyagi suyaklarining va umuman tayanch-harakat tizimining o'sishi va to'g'ri rivojlanishi uchun muhim bo'lgan moddalarni o'zlashtirishga yordam beradi. Bundan tashqari, D vitamini miya, oshqozon-ichak trakti va endokrin tizimining normal ishlashi uchun zarur bo'lib, immunitetni mustahkamlashga va yuqumli kasalliklardan himoya qilishga yordam beradi.

Kalit so'zlar: vitamin, emizikli ayollar, oldini olish, vitamin etishmasligi.

Summary. Vitamin D is essential for children. This micronutrient helps absorb calcium and phosphorus - substances that are vital for children for the growth and proper development of teeth, skull bones and the musculoskeletal system in general. In addition, vitamin D is required for the normal functioning of the brain, gastrointestinal tract and endocrine system, helps strengthen the immune system and protect against infectious diseases: from the common acute respiratory viral infection to such serious pathologies as tuberculosis.

Key words: vitamin, lactating women, prevention, vitamin deficiency.

МУАЛЛИФЛАР ДИҚҚАТИГА

Журнал тиббиёт фани ва соғлиқни сақдашнинг 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 нусхада 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 қилинади.

Мақолага чоп этилиш ҳукукини 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 врачлари бўлса, унда Соғлиқни сақдаш 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 қилиниши керак. Дискетада тақдим этилаётган мақолалар Microsoft Word 7,0 - 2000, for Windows 95/98.

III. Мақоланинг титул varaкида қуйидагилар кўрсатилади:

- мақоланинг тўлиқ номи;
- асосий сўзлар;
- муаллифларнинг илмий даражаси, унвони, исми, фамилияси;
- иш бажарилган муассаса номи;
- муҳарририят билан бевосита иш олиб боровчи муаллифнинг иш ва уй телефон

рақамлари.

Мақолада уни чоп этиш ҳукукини 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;
- таҳлил;
- хулосалар;
- адабиётлар.

Мақоланинг ҳар бир қисмини (кириш қисмидан ташқари) ажратиш лозим.

Муаллиф мақоласини синчиклаб текшириб, таҳрир қилган бўлиши керак. Мақола аниқ, ихчам, узундан-узон 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 изоҳлар улар биринчи марта қўлланилганида саҳифанинг чап томонига чиқариб ёзилади.

Ўлчов бирликлари Халқаро 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, доплерограммалар 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 сақдаши ва текширилган умумлаштирилган ҳамда статистик ишлаб чиқилган материаллардан иборат бўлиши керак.

VII. Формулаларни расмийлаштириш. Формулаларда қуйидагилар кўрсатилади:

- кичик ва бош ҳарфлар (бош ҳарфлар остига иккита чизиқча, кичик ҳарфлар устига эса иккита чизиқча чизилади);

- лотин ва грек ҳарфлари (лотин ҳарфлари кўк, грек ҳарфлари эса кизил ранг билан ўраб қўйилиши лозим);

- кагор ости ва кагор усти ҳарфлари ва рақамлари.

VIII. Адабиётлар рўйхатини тузиш.

Адабиётлар рўйхатига охириги 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, тўпам, илмий асар номи, йили, сони, бетлари (нечанчидан нечанчигача) кўрсатилиши шарт. Рўйхатга чоп этилмаган ишлар (диссертациялар авторефератлари) ва дарсликлар киритилмайди.

Текшириб чиқилган адабиётлар рўйхатида муаллифнинг имзоси бўлиши керак. Синчковлик билан ўқиб ва текшириб чиқилмаган адабиётлар рўйхати чоп этилмайди.

IX. Мазкур қоидаларга риоя қилинмай тайёрланган мақолаларни муҳарририят қабул қилмайди.

X. Таҳрир ҳайъати материалларни чоп этилишини таъкикл аш ҳуқуқига эгадир (жумладан, ижобий тақриз олган мақолаларни 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, доплерограммы, 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).