



STOMATOLOGIYANING DOLZARB MUAMMOLARIGA ZAMONAVIY YONDASHUV

nomli xalqaro ishtirokidagi
ilmiy-amaliy anjuman

MATERIALLAR TO'PLAMI

23-24-aprel 2024-yil, Buxoro



STOMATOLOGIYANING DOLZARB MUAMMOLARIGA ZAMONAVIY YONDASHUV

NOMLI XALQARO ISHTIROKIDAGI
ILMIY-AMALIY ANJUMAN

materiallar to'plami

23-24- aprel 2024-yil

Buxoro-2024

ИЗУЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ С ПОМОЩЬЮ ПРИБОРА «T-Scan III»

Александров М.Ю., Алпатьева Ю.В., Булычева Е.А.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург, Россия)

Аннотация. В статье приводятся результаты оценки качественных и количественных характеристик межокклюзионных взаимоотношений у пациентов с дефектами зубных рядов, замещенных зубными имплантационными протезами с целью предотвращения осложнений со стороны жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава. В ходе исследования проведен анализ межокклюзионных взаимоотношений, силы жевательного давления, окклюзионного равновесия у лиц контрольной и основной групп с помощью доступного, простого и объективного цифрового аппарата «T-Scan III» (Tekscan, США).

Ключевые слова: окклюзионное равновесие, межокклюзионные взаимоотношения, контактные пункты.

Частичная потеря зубов по данным ВОЗ в различных регионах Российской Федерации наблюдается у 75% населения [2,3,5,6]. Одним из основных осложнений частичной потери зубов является развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц [7,8,12].

Создание сбалансированной окклюзии с применением современных цифровых методов диагностики и лечения у данной категории пациентов способствует оптимальной координации жевательных мышц и нормализации синхронности движений в височно-нижнечелюстном суставе [9,10,12].

Альтернативным способом реабилитации пациентов с частичной потерей зубов является непосредственное имплантационное протезирование, которое позволяет в сжатые сроки перевести на более качественный уровень жизни. Однако при непосредственном имплантационном протезировании нередко встречаются неточности и погрешности в смыкании зубных рядов в центральной окклюзии. Наличие преждевременных контактов, отсутствие плавности движения нижней челюсти может в

дальнейшем спровоцировать напряжение жевательной мускулатуры и привести к изменениям височно-нижнечелюстного сустава [1,3,4].

Поэтому до сих пор остается актуальной проблема своевременной диагностики межокклюзионных взаимоотношений непосредственного протезирования с целью профилактики возникновения мышечной гипертонии и ее осложнений у лиц с частичной потерей зубов после лечения.

Методы исследования нами было обследовано 30 пациентов с частичной потерей зубов, обратившимся в стоматологическую клинику, которым было проведено непосредственное предварительное (НП) протезирование в течение 24 часов после установки имплантатов либо ближайшее протезирование (БП) от 2-3 дней. В контрольную группу вошли 21 практически здоровых лиц.

С помощью прибора «Т-scan III» (Tekscan, США) были изучены количественно-качественные характеристики окклюзионных взаимоотношений. К качественным характеристикам относилась динамика силы смыкания зубных рядов (траектория суммарной окклюзионной нагрузки, ТСОН). К количественным характеристикам – окклюзионное равновесие (ОР) зубных рядов в положении центральной окклюзии. При обследовании в полость рта пациента вводилась сенсорная пластинка «Т-scan III», затем пациент смыкал зубные ряды в положении центральной окклюзии и синхронно на экране компьютера выводились трех- и двумерные графические рисунки смыкания зубов.

Результаты исследования и их обсуждение в ходе исследования у лиц контрольной группы было определено, что траектория суммарной окклюзионной нагрузки представляла собой относительно прямую линию, располагающуюся в проекции небного шва в сторону передних зубов, кроме того, окклюзионный баланс между правыми и левыми сторонами зубных рядов был оптимальным 50% к 50%.

При изучении электронных окклюзиограмм у лиц основной группы определены ТСОН, имеющие разные варианты направления. В сторону передних зубов до лечения было выявлено у 14 человек (46,67%), после лечения – число пациентов увеличилось до 18 (60%), в сторону премоляров определено у 10 (33,33%) пациентов до лечения и после – число больных уменьшилось до 7 (23,33%), в сторону моляров – у 6 (20%) и 5 (16,67%) соответственно. Основными причинами

появления отклонений направления ТСОН у лиц основной группы до лечения, на наш взгляд, являлись нарушения межокклюзионных взаимоотношений зубных рядов в положении центральной окклюзии и функции жевательной мускулатуры, наличие преждевременных контактных пунктов, односторонний тип жевания.

Оптимальное ОР (50% к 50%) наблюдалось у 7 (23,33%) пациентов основной группы, после НП число лиц увеличилось и наблюдалось у 18 (60%) пациентов. Допустимое ОР (40% к 60%) было определено до лечения у 14 (46,67%) пациентов, после НП только – у 7 (23,33%) больных. Недопустимое ОР (30% к 70%) до лечения было выявлено у 9 (30%) больных, после НП – у 5 (16,67%) из 30 исследуемых. Отсутствие оптимального ОР у лиц основной группы до лечения мы связывали также с односторонним типом жевания, нерациональным предыдущим протезированием, гипертонией жевательных мышц.

Таким образом, результатом проведенного исследования являются заключения в виде окклюзиограмм, где были отражены основные показатели, характеризующие главным образом наличие или отсутствие множественных равномерных окклюзионных контактных пунктов и симметрии их положения. Применение системы объективной оценки окклюзионных взаимоотношений «T-scan III» способствовало наиболее полноценной реабилитации пациентов с частичной потерей зубов и предупредило развитие функциональных нарушений зубочелюстной системы.

Выводы анализ окклюзии с помощью «T-scan III» (Tekscan, США) позволил изучить количественно-качественные характеристики на разных этапах имплантационного лечения, вовремя устранить неточности и погрешности с целью создания сбалансированной окклюзии, а значит снизить вероятность появления осложнений со стороны жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава.

Литература

1. Грицай И.Г., Козицина С.И., Алпатова В.Г. Анализ применения аппарата T-SCAN в стоматологической практике при окклюзионных нарушениях // Институт Стоматологии – 2015.- №4.- С.58-61.

2. Трезубов, В.Н. Динамика биомеханических показателей жевательного аппарата в процессе лечения больных мышечной гипертонией /

3. В.Н.Трезубов, Е.А. Булычева // Материалы XIX и XX Всерос. науч.-практ. конф. – М., 2008. – С. 234-237.

4. Трезубов, В.Н. Использование условнорефлекторной терапии у больных гипертонией жевательных мышц / В.Н. Трезубов, Е.А. Булычева // Стоматология. – 2010. – № 3. – С. 61-64.

5. Бейнарович, С.В. Результаты использования модифицированной методики оценки жевательной эффективности путем определения площади окклюзионных контактов у пациентов с дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава // 5586. - 2018. - № 2 (86). - С. 43-45.

6. Тимошенко, А.Г. Структура нуждаемости ортопедической стоматологической помощи лиц, проживающих в ставропольском краевом геронтологическом центре / А.Г. Тимошенко, Е.А. Брагин // Кубанский науч. мед. вестн. – 2013. – Т. 141, № 6. – С. 175-178.

7. Ferreira, R.C. Tooth loss, denture wearing and associated factors among an elderly institutionalised Brazilian population / R.C. Ferreira, C.S. de Magalhaes, A.N. Moreira // Gerodontology. – 2008. – Vol. 25, № 3. – P. 168-178. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-2358.2008.00214.x>

8. Циколия, З.Г. Возрастные особенности с использованием внутрикостных имплантатов : дис ... канд. мед. наук : 14.00.52 / Циколия З.Г. – СПб., 2006. – 127 с.

9. Кончаковский, А.В. Снижение степени риска при немедленном протезировании временными протяженными ортопедическими конструкциями / А.В. Кончаковский, Е.А. Булычева, Д.С. Булычева // Маэстро стоматологии. – 2017. – Т. 66, № 2. – С. 84.

10. Орджоникидзе, Р. Клинический компьютерный мониторинг окклюзии зубных рядов у пациентов с керамическими реставрациями : дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Орджоникидзе Р. – М., 2008. – 172 с.

11. Семенов, З.К. Роль временных замещающих конструкций в процессе протезирования при дефектах зубов и зубных рядов : дис. ... канд. мед. наук: 14.01.14 / Семенов З.К. – СПб., 2009. – 273 с.

12. Безвестный Г.В., Лопухова Н.Б. Применение гнатологических принципов в стоматологической практике //Материалы XVII и XVIII Всероссийских научно-практических конференций и I Европейского стоматологического конгресса. – М.2007.-С.228.

13. Хватова В.А. Клиническая гнатология// Москва «Медицина».- 2008г.- С.295.

ОЦЕНИВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПРОЦЕССЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Азимова Шахноза Шухратовна

*Узбекистан, Бухарский государственный медицинский институт
Кафедра ортопедической стоматологии и ортодонтии*

За последние годы в мировой стоматологической практике отмечаются значительные успехи в оказании качественной помощи больным. Этому способствовали определенные достижения в изучении этиологии стоматологических заболеваний, создание эффективных методов их лечения с использованием новейших достижений в стоматологическом материаловедении и современных средств медицинской техники.

В то же время, как свидетельствует клинический опыт, врачам все чаще приходится сталкиваться с больными, которые жалуются на некачественно изготовленный протез, являющемуся, тем не менее, инородным телом, из-за возникающих болевых ощущений и тактильного дискомфорта в первое время после их установления во рту.

Любой протез, будучи лечебным и профилактическим средством, одновременно выступает в полости рта как неадекватный раздражитель. Ткани и органы протезного поля отвечают на это соответствующими реакциями. Нет сомнения, что в основе развития реакций протезного поля лежат различные патогенетические механизмы, обусловленные такими качествами протеза, как свойство материала, способ его фиксации, способ передачи жевательного давления, окклюзионные взаимоотношения, величины протезного базиса и др. Без изучения этих связей, вероятно, трудно будет оценивать лечебные свойства протезов и планировать профилактику отрицательных реакций.

Для эффективной реабилитации стоматологических больных необходимо иметь достоверную диагностическую информацию об анатомических и функциональных ориентирах, которая воспроизводится и реализуется при конструировании искусственных

зубных рядов при условии применения артикуляторов и систем функциональной диагностики.

Однако, по всем правилам изготовленный протез с применением современных технологий и материалов, может вызвать недовольство пациента в связи с индивидуальными особенностями психоэмоциональной его сферы. Встречающихся в литературе источниках показано, что основополагающими факторами адаптации человека к ортопедическим стоматологическим конструкциям являются индивидуальные личностные, психофизиологические и вегетативные характеристики и особенности реакции на стрессогенные воздействия в условиях изменившейся афферентации с рецепторных зон полости рта.

Тревожно-депрессивные проявления, ригидность и индивидуальность, эмоциональная лабильность со склонностью к демонстративности характеризуют пациента с потенциально неудовлетворительной адаптацией к ортопедической стоматологической конструкции. В связи с этим предлагаются способы психопрофилактики в адаптации к зубным протезам для улучшения результатов ортопедического лечения.

Протезирование зубов играет важнейшую роль в выборе пищи, ее качества, вида, степени обработки и приготовления. Человек с отсутствующими зубами не только лишается возможности есть то, что он любит, но при этом у него постепенно, в силу подсознательного выбора доступной ему пищи, развиваются белковая и витаминная недостаточность, жевательная леность, резко нарушаются функция слюнных желез и самоочищение полости рта. Он перестает себя чувствовать комфортно, с чем смиряется. Результат - снижение качества жизни по одному из важнейших показателей – питанию.

Вторым важным фактором влияния зубов на качество жизни является их большое значение в создании внешнего облика человека. Слова «ослепительная улыбка», «голливудская улыбка», «зубы как жемчуг», «белозубая улыбка» и другие стали синонимами красоты и благополучия, удачи и богатства. Действительно, трудно представить себе счастливого, удачливого человека с отсутствием нескольких зубов, с неприятной улыбкой.

Имеется несколько условий красоты зубов: они должны быть все на своих местах, без исключений, должны иметь хороший натуральный цвет и блеск; красивую форму, нормальные размеры, один из физиологических видов прикуса, должны широко и красиво смотреться при разговоре, улыбке, смехе.

Критерий качества жизни является одним из основных критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи. В зарубежной медицине широко используется с конца 1970-х годов как составная часть понятия здоровья. Качество жизни, по определению ВОЗ — это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии.

Показатели качества жизни и характеристика картины заболевания изменяются в процессе лечения в зависимости от состояния больного. Это позволяет осуществлять мониторинг проводимого лечения и, в случае необходимости, корректировать его ход. Участие больного в оценке своего здоровья также является ценным и надежным показателем его общего состояния.

Однако работ посвященных этой проблеме недостаточно, не изучены психоэмоциональные особенности у больных с дефектами зубных рядов, в зависимости от их топографии, эмоционально-личностных отношений самих пациентов, не использованы параметры качества жизни для оценки результатов ортопедического их лечения, что и явилось основанием для выполнения данной работы.

Целью нашего исследования является оптимизация результатов ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов и разработка критериев комплексной оценки его эффективности.

При комплексном исследовании больных с дефектами зубных рядов, включающем изучение стоматологического и неврологического статуса, электроэнцефалографических показателей (ЭЭГ), впервые установлена зависимость выраженности эмоционально-личностных нарушений от топографии дефекта (в видимой части при улыбке или невидимой части зубного ряда), определены особенности этих нарушений, а также динамика параметров в различные периоды восстановительного лечения. Впервые разработан алгоритм комплексной оценки психоэмоциональных нарушений и качества жизни в ходе реабилитации пациентов с дефектами зубных рядов.

Разработана и валидизирована специальная анкета для оценки качества жизни у пациентов с дефектами зубных рядов. Установлена роль внушаемости больных с частичным отсутствием зубов для индивидуализации психоэмоциональной коррекции стоматологических больных. Объективно доказана сопряженность особенностей психоэмоциональных нарушений и изменений ЭЭГ у больных с дефектами зубных рядов в зависимости от степени внушаемости в процессе их ортопедического лечения несъемными

протезами. Показаны особенности динамики показателей качества жизни и их связь с процессом адаптации к зубным протезам у пациентов с дефектами зубных рядов во фронтальном участке (в видимой части зубного ряда и в боковых участках, в невидимой их части), а также при протезировании с применением дентальных имплантатов в ходе их реабилитации.

Установлены дополнительные профилактические мероприятия для предотвращения осложнений в ходе ортопедического лечения больных с дефектами зубных рядов с учетом индивидуальных особенностей их эмоционально-личностной и вегетативной сфер.

Разработанный алгоритм комплексной оценки психоэмоциональных нарушений и качества жизни больных с дефектами зубных рядов, применяемый в ходе ортопедического лечения, способствует оптимизации его результатов, своевременной и полноценной коррекции психоэмоциональных нарушений и активному участию в этом самого пациента.

Простая методика определения до лечения внушаемости пациента и проведение адекватной психопрофилактики дают положительные результаты, способствуют ускорению сроков адаптации к зубным протезам и адекватной оценке результатов лечения самими пациентами, сокращению числа необоснованных жалоб с их стороны.

БОЛАЛАРДА МОЛЯР ТИШЛАР ЙЎҚОТИЛИШИ ОҚИБАТИДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ДЕФОРМАЦИЯЛАРНИ ДАВОЛАШ

Алиев Ҳ.Р., Саидов А.А

Бухоро давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг долзарблиги тиш-жағ ва тишлов аномалияларини ташхислаш, даволаш ва профилактика ҳозирги замон ортодонтиядаги долзарб вазифалардан бири саналади. Тиш-жағ ва тишлов аномалиялари оқибатида овқатни узиб олиш, чайнаш функциялари бузилади, болалар сўзларни нотўғри талафуз қилиши ва косметик кўриниши бузилишига олиб келади.

Ўзбекистонда ҳам юз-жағ соҳаси аномалия ва деформациялари болалар ва ўсмирлар орасида кескин ўсиш тенденцияси кузатилиб,

қатор адабиётларда - 15% дан 40% гача етганлиги таъкидланган (Муртазаев С.С., 2017, Каримов Д.Б., 2019).

Болаларда тиш қаторлари деформациялари оқибатида функционал ва косметик ўзгаришлар ёшга боғлиқ ҳолда жадал кечиши мумкин. Тиш қаторларидаги аномалия ва деформациялар овқатни узиб олиш, чайнаш, талаффузнинг ўзгариши, чакка-пастки жағ бўғимида патологик ўзгаришларни ривожланиши, нафас олишни бузилиши ва овқатни ютиш функциясининг бузилишига олиб келиши мумкин (Баринаова М.Г. , 2011; Польма Л.В., 2014; Sarver D.M., 2018 ; Proffit W.R., 2017).

Тадқиқотнинг мақсади болаларда моляр тишлар йўқотилиши оқибатида келиб чиқадиган деформацияларни эрта аниқлаш ва бола ёшига қараб даволаш-профилактикасини такомиллаштириш

Тадқиқотнинг объекти ва текшириш усуллари Бухоро вилоятида доимий яшовчи 10-18 ёшли 160 нафар болалар олинди. Улардан 130 нафари моляр тишларни йўқотилиши оқибатида келиб чиқадиган деформациялари бор болалар ва 30 нафари соғлом болалар. Болаларни диагностика жараёни В.Н.Копейкиннинг (1998й) таклиф қилган усулига мувофиқ равишда икки босқичга бўлинди. Биринчи босқичда – бевосита бемордан анамнез тўпланган ва таҳлил қилинди. Иккинчи босқичда – беморнинг батафсил объектив кўриги ўтказилди. Барча текширилганлар Д.А Калвелис бўйича тишловнинг шаклланиш даврларига қараб ёш гуруҳлари шакллантирилди. 1-гуруҳ - тишловнинг кечки алмашинув даври (10 - 13 ёш) 55 нафар болалар (йигитлар 30 ва қизлар 25нафар); 2-гуруҳ - доимий тишлов даври (14 - 18 ёш) 75 нафар болалар (йигитлар 38 ва қизлар 37 нафар).

Натижаларнинг статистик ишланиши Windows 7.0 учун Statistica шахсий компьютер дастурий таъминотининг пакетида, шунингдек “EXCEL-2007” компьютер дастури ёрдамида ўтказилди.

Доимий тишларни йўқотиш оқибатида тиш-жағ тизимида деформациялари бўлган болалар ва ўсмирларда юзнинг морфологик ва физиологик баландлиги соғлом болалар билан таққослаганда турли томонга йўналган кўрсаткичлар билан ўсган (айниқса 14-18 ёшда). Соғлом болаларда юзнинг антропометрик параметрлари ўсиш темпи тенг вақт оралиғида деярли бир хил. Пон индекси пемоляр тишлар-80, моляр тишлар индекси-64 га тенг. Асосий гуруҳ беморларда 14-18 ёшда премоляр индекси 0,8 мм га ва моляр индекси 1,1 мм га ўзгарган.

Асосий гуруҳдаги текширилувчи болалар 2 гуруҳга ажратилган. 1А гуруҳ (доимий тишларни йўқотилишига 6 ойдан ошмаган ва тиш

қаторида деформация бўлмаган 38 нафар бола) – ацетал микро протезлар билан нуқсон ўрни тўлдирилди. 1Б гуруҳ (доимий тишларни йўқотилишига 6 ойдан ошмаган ва тиш қаторида деформация бўлмаган 30 нафар бола) – валпласт микро протезлар билан нуқсон ўрни тўлдирилди. 1В гуруҳ (доимий тишларни йўқотилишига 6 ойдан ошмаган ва тиш қаторида деформация бўлмаган 28 нафар бола) – акрил пластмассали микро протезлар билан нуқсон ўрни тўлдирилди. 2 - гуруҳ (доимий тишларни йўқотиш оқибатида тиш-жағ тизимида деформациялари бўлган 34 нафар бола) - ортодонтик даволашлар олиб борилди.

Асосий гуруҳ 10-13 ёшли болаларнинг 37 нафари ва 14-18 ёшли болаларнинг 45 нафари микропротезларга тўлиқ мослашдилар. 14-18 ёшли болаларнинг 8 нафарида қониқарсиз фиксация кузатилди. Бунинг асосий сабаби жағларнинг ўсиши ва микропротез илмоқларини елкаларини бўшроқ қилиб қўйилишидан келиб чиқди. Валпластли микропротез қўйилган 1Б-гуруҳнинг 14-18 ёшли шу гуруҳдаги болаларнинг 16,6 %да протез фиксацияси ёмон бўлди. Акрил пластмассали микропротез қўйилган 1В-гуруҳ 10-13 ёшли болаларнинг 10,1 %да протез фиксацияси ёмон бўлди. Ацетал микропротез қўлланган 1А-гуруҳнинг 10-13 ёшли болаларнинг 3,2 %да протез фиксацияси ёмон бўлди.

Валпластли микропротез қўйилган 1Б-гуруҳ 10-13 ёшли болаларнинг 20%да, 14-18 ёшли шу гуруҳдаги болаларнинг 16,6 фоизида, акрил пластмассали микропротез қўйилган 1В-гуруҳ 14-18 ёшли болаларнинг 18,1 %да протез фиксацияси ёмон бўлди.

Хулоса тадқиқот натижаларига кўра тиш қаторларидаги деформациялар болаларни ёш гуруҳига тўғри пропорционал равишда ортиши аниқланди. 14-18 ёшли болалар орасида биринчи моляр тишларни йўқотиш 41,5 %ни, ҳамда шу ёшда 10,7 % да биринчи ва иккинчи моляр тишларни йўқотилиши аниқланди. Кечки алмашинув давридаги текширилган болаларнинг 16,9 % да биринчи моляр тишларни йўқотиш кузатилди.

Болалар тиш қаторлари ва окклюзион сатҳдаги ўзгаришларни ўрганиб, тиш қаторидаги деформацияни олдини олишнинг замонавий усулларида бири ацетал микропротезлар, оддий пластмассали олинадиган микропротезларга нисбатан даволаш самарадорлиги 1А гуруҳда даволаш самараси 97,4 % ни 1Б-гуруҳда 83,3% ва 1В-гуруҳ 75 % беморлар микропротезлардан самарали фойдаланиши аниқланди.

СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПАРАФУНКЦИЯМИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ

Барашкова Н.А.,¹Дегтярева Х.М.,¹Допушанская Т.А.,¹Пахлеванян Г.Г.²

¹Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия²Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

Актуальность. Выявление поражения мышечно-суставного комплекса височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) остаётся одной из нерешённых проблем стоматологии, требующей дальнейшего изучения. Большое разнообразие клинической симптоматики и вариантов течения болезни нередко вынуждает пациентов обращаться к врачам разного профиля – оториноларингологам, неврологам, эндокринологам, психиатрам и др.

Одной из причин нарушения функционирования мышечно-суставного комплекса ВНЧС является наследственный дефект формирования соединительной ткани, что можно определить по генетическим маркерам. К таким генетическим маркерам относятся:

- изменения в гене коллагена типа II(COL2A1);
- мутация в гене MMP – 1;
- мутация в генах, которые регулируют состояние рецепторов эстрогенов ER – α и ER – β ;
- экспрессия цитокинов ИЛ-1 и TNF- α .

Таким образом, изучение этих генетических маркеров позволяет сделать прогноз о течении патологического процесса и выбрать наиболее подходящее лечение.

Цель исследования. Оценить соматический статус у стоматологических больных с парафункциями жевательных мышц.

Парафункции жевательной мускулатуры и боль является одним из наиболее частых симптомов различных патологических состояний челюстно-лицевой области. Нередко они возникают внезапно после сна (при перегрузке жевательных мышц во время сна), и интенсивность болевых ощущений может варьировать от лёгкого дискомфорта до резкой мучительной боли. Причины развития болевого синдрома сложны и неоднозначны, и его нужно изучать не отдельно, а во взаимосвязи с соматическим состоянием стоматологического больного.

Результаты исследования. для диагностики парафункций жевательных мышц А. К. Иорданишвили соавт. (2010) предложили оценивать состояние пациентов по следующим параметрам:

1. Жалобы пациента:

- отсутствие жалоб – 0 баллов;
- утомление жевательных мышц при разговоре – 1 балл;
- сжатие зубов, беспитцевое «жевание», скрежетание зубами – 5 баллов.

2. Состояние жевательных мышц:

- отсутствие гипертрофии и гипертонуса – 0 баллов;
- гипертрофия или гипертонус жевательных мышц с одной стороны – 1 балл;
- гипертрофия или гипертонус жевательных мышц с обеих сторон – 5 баллов.

3. Боль в мышцах:

- жевательные мышцы при пальпации безболезненны – 0 баллов;
- при пальпации болезненны от 1 до 3 мышц – 1 балл;
- при пальпации болезненны 4 мышцы и более – 5 баллов.

4. Поражение тканей и органов жевательного аппарата:

- отсутствует – 0 баллов;
- генерализованный пародонтит или патологическая стираемость твердых тканей зубов легкой степени – 1 балл;
- генерализованный пародонтит или патологическая стираемость твердых тканей зубов средней степени – 5 баллов.

5. Тонус «покоя» собственно жевательных мышц (по данным миоэлектромиографии):

- до 0,45 Н – 0 баллов;
- от 0,45 до 0,55 Н – 1 балл;
- 0,55 Н и более – 5 баллов.

Исходя из полученной суммы баллов, оценивалась степень тяжести клинического течения парафункций жевательных мышц.

Нами обследовано 210 стоматологических больных с нарушением функционирования мышечно-суставного комплекса височно-нижнечелюстного сустава. У 157 (74,8%) больных была выявлена болевая симптоматика со стороны мышечно-суставного комплекса, при этом болезненность в жевательных мышцах при пальпации определялась у 87 больных, что составило 41,4%.

При анализе соматического статуса 157 стоматологических больных с болезненностью и парафункцией жевательных мышц у 128

(93,6%) больных были выявлены проблемы позвоночника, а у 59 (14%) больных заболевания щитовидной железы. В 81,3% больные данной группы отмечали присутствие ночного и дневного бруксизма и в 62,5% – наличие головных болей и нарушения сна. Болевая симптоматика со стороны жевательных мышц у мужчин и женщин у обследованных нами больных не имела достоверных различий ($p = 0,638$).

Таким образом, полученные нами данные, свидетельствуют о высокой частоте встречаемости заболеваний позвоночника, заболеваний эндокринной системы, головных болей, нарушений сна, бруксизма у больных обследуемой группы. Эти соматические проблемы в равной степени распространены у мужчин и женщин.

Необходимо отметить, что наличие парафункции и болезненности в жевательных мышцах нередко препятствуют достижению максимального эффекта от проведенного лечения. При этом адекватное стоматологическое лечение с учетом соматического отягощения и проведением консультаций и лечения по показаниям у врачей других специальностей (невролог, эндокринолог и др.) позволяют максимально реабилитировать больных.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ШУМА В УШАХ У ПАЦИЕНТОВ СО СНИЖЕННЫМ ПРИКУСОМ

Гайворонская А.А.,¹ Войтяцкая И.В.,^{1,2} Цимбалистов А.В.²

*¹Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия
²Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия*

Введение. Уменьшение межальвеолярного расстояния (МАР) развивающееся в периоде постоянного прикуса в результате прогрессирования основных стоматологических заболеваний: повышенной стираемости твёрдых тканей зубов, обширных дефектов зубных рядов и генерализованной формы пародонтита сопровождается функциональными изменениями жевательных мышц, дистальным смещением головок нижней челюсти, развитием дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) и в ряде случаев наличием отологических симптомов. Анализ жалоб, предъявляемых больными при различных стоматологических

заболеваниях, варьирует от их отсутствия до серьёзных проблем, проявляющихся изменением неврологического статуса, нарушениями чувствительности в области языка и слизистой оболочки полости рта, снижением слуха, наличием шума, звона, бульканья в ушах, снижения слуха и головокружениями.

Коррекция окклюзионных взаимоотношений при различных патологических состояниях жевательно-речевого аппарата позволяет не только восстановить жевательную функцию, снизить интенсивность клинических проявлений дисфункциональных состояний ВНЧС, но даёт возможность устранить боли в области ВНЧС и мышцах челюстно-лицевой области. Положительная динамика клинических проявлений может быть обусловлена устранением или уменьшением, влияния элементов жевательного аппарата на гемодинамику в сосудистых бассейнах головного мозга, шеи и верхнего отдела позвоночника, оптимальным позиционированием головок нижней челюсти.

Цель исследования. Проанализировать возможные причины возникновения отологических симптомов у пациентов со сниженным прикусом.

Материалы и методы. Обследовано 50 человек в возрасте от 28 до 68 лет с основными стоматологическими заболеваниями зубочелюстной системы, сопровождающимися сниженным прикусом и имеющих в анамнезе отологические симптомы.

Анализировались анамнестические и клинические данные. Применялись лучевые методы диагностики: многослойная спиральная компьютерная томография (МСКТ). Для оценки реабилитационных возможностей зубочелюстного аппарата применяли функционально-физиологический метод (ФФМ) определения соотношения челюстей с использованием аппарата «АОЦО».

Статистическую обработку материала выполняли на ЭВМ с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (Statistica for Windows v. 6.0). Критический уровень вероятности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии значимых различий или факторных влияний) принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение. Основной задачей исследования являлось выявление у пациентов клинических, функциональных и морфологических компонентов, характерных для сниженного прикуса в комплексе с отологическими симптомами, которые включали: шум, звон, бульканье в ушах, заложенность в ушах

и снижение слуха. Главной предпосылкой к снижению прикуса является наличие основного стоматологического заболевания: повышенной стираемости твёрдых тканей зубов, хронической генерализованной формы пародонтита и дефектов зубных рядов различной локализации и протяжённости. Сниженный прикус сопровождается следующими клиническими симптомами: уменьшением МАР и высоты нижнего отдела лица, неудовлетворённостью эстетичностью внешнего вида лица, неудобством при жевании и речи, асимметрией мягких тканей, смещением центральной резцовой линии более чем на 0,5 мм, девиацией или дефлексией нижней челюсти. По результатам инструментальных исследований установлено, что сниженный прикус характеризуется следующими функциональными проявлениями: нарушениями функции жевания, парафункциями жевательных мышц и мышц шеи, уменьшением МАР, боковым смещением нижней челюсти при смыкании зубных рядов более 0,5 мм и дистальным смещением более 0,5 мм. Рентгенологическими признаками сниженного прикуса, по данным МСКТ, является уменьшение ширины верхнего отдела (менее $3,61 \pm 0,12$) и заднего отдела суставной щели (менее $3,02 \pm 0,1$ мм), с выраженной асимметрией (показатель асимметрии более 20%).

При изменении топографии головок нижней челюсти в суставной ямке - дистальное смещение развивается компрессия биламинарной зоны, которая сочетается с изменениями макро- и микроциркуляции в челюстно-лицевой области, функциональными нарушениями, а также стоматогенными и общесоматическими проявлениями, возникшими на фоне декомпенсации нейрогуморальной (вегетативной) регуляции.

Таким образом, процесс смещения головок нижней челюсти кзади при сниженном прикусе сопровождается, компрессией позадисуставного пространства (биламинарной зоны), вследствие чего существует вероятность сдавления барабанной струны расположенной в каменисто-барабанной щели. Данное анатомическое обстоятельство может приводить к развитию сосудистых расстройств и нарушению функции слухового анализатора.

Ведущим морфологическим признаком сниженного прикуса является уменьшение ширины верхнего и заднего отделов суставной щели ВНЧС.

Выводы При сниженном прикусе, возникшем на фоне основных стоматологических заболеваний, отмечается изменение топографии головок нижней челюсти в суставной ямке - дистальное смещение.

Рентгенологическими признаками сниженного прикуса, по данным многослойной спиральной компьютерной томографии, является уменьшение ширины верхнего отдела (менее $3,61 \pm 0,12$) и заднего отдела суставной щели (менее $3,02 \pm 0,1$ мм), с выраженной асимметрией (показатель асимметрии более 20%).

Дистальное смещение головок нижней челюсти приводит к компрессии биламинарной зоны ВНЧС, а также к нарушению функций жевательно-речевого аппарата со стоматогенными и общесоматическими проявлениями, развивающимися на фоне снижения эффективности вегетативной регуляции региона и организма больного.

К общесоматическим проявлениям сниженного прикуса относятся отоларингологические симптомы: шум, звон, бульканье в ушах, заложенность в ушах и снижение слуха, которые необходимо дифференцировать с патологией слухового анализатора.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПО ДАННЫМ ГНАТОДИНАМОМЕТРИИ

Дубенко Д.А.,¹ Лопушанская Т.А.,¹ Мамедов Э.С.²

¹*Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия*

²*Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия*

Актуальность. На сегодняшний день мышечно-суставная дисфункция височно-нижнечелюстного сустава одна из наиболее встречаемых патологий в клинике ортопедической стоматологии. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения распространенность заболеваний височно-нижнечелюстного сустава составляет 75%, а по данным отечественной литературы до 82%.

Основная задача, стоящая перед стоматологами-ортопедами, является верификация заболевания и повышение эффективности существующих методов диагностики данной категории больных.

Разработано множество методов обследования больных для определения состояния мышечно-суставного комплекса височно-нижнечелюстного сустава. Их можно разделить на клинические и параклинические методы обследования. Клинические: сбор анамнеза, осмотр, пальпация височно-нижнечелюстного сустава и жевательной мускулатуры, аускультация области височно-нижнечелюстного сустава. Параклинические методы: лучевые (МРТ, КЛКТ, ОПТГ, ТРГ), аксиография, электромиография, миотонометрия.

Одним из не инвазивных методов дифференциальной диагностики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава является гнатодинамометрия.

Гнатодинамометрия (греч. *gnathos* челюсть + *dynamis* сила + *metreo* измерить) – метод измерения силы, возникающей в процессе сжатия зубов вследствие сокращения жевательной мускулатуры. Это один из основных объективных методов определения силы жевательных мышц и выносливости тканей пародонта опорных зубов к восприятию жевательной нагрузки, возникающей при сжатии челюстей с помощью специального прибора – гнатодинамометра. Сила давления определяется в ньютонах или килограммах.

Для определения состояния височно-нижнечелюстного сустава был разработан метод на основе гнатодинамометрического исследования, позволяющий выявить у пациента доклиническую стадию болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (Авторское свидетельство № 1722461 Союза ССР. Способ диагностики дисфункции височно-нижнечелюстного сустава / В.А. Миняева, А.В. Цимбалистов, Т.А. Сергеева // Заявка № 4842464, 26.04.1990; опубликовано 30.03.1992 // Бюллетень № 12.)

На зубах фронтальной группы верхней и нижней челюсти фиксируются стандартные металлические накладки с применением альгинатной массы. Проводится контроль параллельности накладок друг с другом в процессе застывания массы. После застывания массы на поверхность накладок устанавливается рабочая часть гнатодинамометра и фиксируется максимальное усилие сжатия до появления боли/дискомфорта. Если в результате гнатодинамометрии сила сжатия менее и равна 5кг, т. е. 50Н., то предварительным диагнозом является мышечно-суставная дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

На базе кафедры ортопедической стоматологии Санкт-Петербургского университета было проведено обследование 35 пациентов с дефектами и деформациями зубных рядов возрастом от 18-и до 60 лет. Основным параклиническим методом диагностики являлась гнатодинамометрия (аппарат «Визир-Э1000»). Подтверждение диагноза мышечно-суставной дисфункции основывалось на клинических методах исследования и результатах магнитно-резонансной томографии.

В результате исследования у всех пациентов на клиническом приеме были выявлены проявления мышечно-суставной дисфункции височно-нижнечелюстного сустава при отсутствии жалоб на болевую симптоматику со стороны пациентов. В результате проведенного гнатодинамометрического исследования у 24 из 35 пациентов (71%) сила сжатия была менее 80Н. По результатам магнитно-резонансной томографии у 22 из 24 (91.6%) пациентов был подтверждён диагноз дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (I-II стадия по Wilkes).

Таким образом, по результатам полученных данных мы можем сделать вывод, что гнатодинамометрический метод обследования имеет высокую доклиническую эффективность и может быть рекомендован к применению на ортопедическом приеме для определения состояния височно-нижнечелюстного сустава и постановки предварительного диагноза.

АНАЛИЗ ВОСТРЕБОВАННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕСКОПИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ФИКСАЦИИ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Евдокимов Ю.И., Голинский Ю.Г.

Санкт-Петербургский Государственный университет, Россия

Аннотация. Проведённые Всемирной организацией здравоохранения исследования показывают, что потеря зубов является распространённой проблемой, с которой сталкиваются до 75% жителей разных регионов мира. Разработка инновационных методов восстановления потерянных зубов стоит перед стоматологическим сообществом как одна из ключевых задач.

Рост потребности населения в ортопедическом лечении вызывает интерес не только у российских, но и у зарубежных авторов, которые

подчёркивают несколько ключевых причин данного явления. Во-первых, заметно увеличивается число осложнений, возникающих после терапевтических манипуляций. Во-вторых, наблюдается рост количества пациентов, страдающих заболеваниями тканей пародонта, что потенциально увеличивает число будущих пациентов с потребностью в ортопедическом лечении. В-третьих, нерациональный подбор протезных конструкций, возрастные изменения в полости рта и социальные аспекты также играют свою роль в росте потребности населения в ортопедическом лечении.

Цель. Определить частоту встречаемости дефектов зубных рядов у стоматологических больных, обратившихся в стоматологическую поликлинику с целью протезирования, и оценить их предпочтения различным видам протезных конструкций.

В рамках исследования, проведённого в Санкт-Петербурге в государственном автономном учреждении здравоохранения "Городская поликлиника № 40", был проведён полный клинический осмотр и опрос 200 пациентов. В выборку попали 136 женщин и 64 мужчины, чей средний возраст составил $61,1 \pm 13,0$ лет, с минимальным возрастом 30 лет и максимальным - 92 года.

После анализа зубной формулы и состояния полости рта пациентов, мы определили показания и противопоказания к применению зубных протезов. Для более удобной классификации исследованных пациентов мы разделили их на четыре группы в зависимости от состояния зубных рядов. Первая группа включала верхний и нижний ряды, содержащие более пяти зубов. Вторая группа представляла верхний ряд с менее чем пятью зубами, а нижний ряд с более чем пятью зубами. Третья группа включала нижний ряд с менее чем пятью зубами, а верхний ряд с более чем пятью зубами. Четвертая группа состояла из пациентов, у которых и верхний, и нижний ряды имели менее пяти зубов. Пациентам были заданы вопросы относительно предъявляемых жалоб.

Согласно разработанному опроснику, по условиям которого проводилось анкетирование, пациентам предлагалось выбрать тип конструкции для восстановления частичной потери зубов и объяснить свой выбор: протезирование с опорой на имплантаты или частичный съёмный протез опирающегося типа. При протезировании с опорой на имплантаты пациенту были предложены варианты, по которым он предпочёл данный тип конструкции: нежелание съёмного протеза, лучшая имитация ощущения своих зубов, удобство поддержания

гигиены, отсутствие необходимости препарирования зубов, минимальные нарушения дикции. В пользу частичного съёмного протеза опирающегося типа было предложено выбрать следующие причины: страх перед операцией установки имплантатов, длительный период восстановления после операции имплантации, высокая стоимость лечения, более короткий срок протезирования и отсутствие необходимости во временных конструкциях.

Одним из важных аспектов для нас было выяснить, можно ли применять протезирование при частичной потере зубов, основываясь на клинических наблюдениях. Для достижения этой цели мы рассмотрели три варианта протезирования: использование протеза с опорой на имплантаты, применение частичного съёмного дугового протеза с фиксацией с помощью кламмеров, а также использование частичного съёмного протеза с телескопической системой фиксации.

Результаты проведённого исследования раскрыли ряд проблем, с которыми сталкиваются пациенты с частичной потерей зубов, что негативно сказывается на их качестве жизни. Согласно опросу, 98,5% пациентов жалуются на отсутствие зубов, при этом 86,5% испытывают затруднения в пережёвывании пищи, 67,0% отмечают проблемы с эстетикой, а 66,5% страдают от фонетических проблем.

Жалобы более интенсивны у пациентов старших возрастных групп. При рассмотрении вопроса о предпочитаемом виде протезирования, более половины опрошенных отдают предпочтение частичным съёмным протезам опирающегося типа. Этот выбор особенно популярен среди пациентов старших возрастных групп. За время консультации более половины пациентов, предпочитавших протезирование на имплантатах, изменили своё мнение в пользу частичных съёмных конструкций. Факторами, влияющими на такой выбор, стали ценовая доступность и сроки ортопедического лечения.

При выборе метода протезирования большинство предпочитает частичные съёмные протезы опирающегося типа, особенно это актуально для пациентов старшего возраста. Однако, важно принимать во внимание тот факт, что ортопедическое стоматологическое лечение является платной медицинской услугой, поэтому при формировании предложений о протезах помимо сроков лечения следует учитывать материальные возможности пациентов.

Во время осмотра исходя из особенностей зубного ряда и возможных противопоказаний были определены разные варианты

протезирования. У всех пациентов была возможность использовать частичный съёмный протез с телескопической системой фиксации. Протезирование с помощью съёмных конструкций является более доступной альтернативой лечения по сравнению с протезированием на имплантатах для пациентов всех возрастных групп. Однако, применение съёмного дугового протеза с кламмерной фиксацией показано, когда в зубном ряду остаётся не менее пяти зубов, что несколько ограничивает возможность использования данного типа фиксации.

Выводы. Частичная потеря зубов является серьёзной проблемой, оказывающей отрицательное воздействие на жизнь пациентов.

Учитывая предпочтения и финансовые возможности пациентов, а также основываясь на клинических показаниях и противопоказаниях применения частичных съёмных протезов с телескопической системой фиксации является эффективным и обоснованным выбором в большинстве клинических случаях при частичной утрате зубов у стоматологических больных.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОЕКТИРОВАНИЯ УПРАВЛЯЮЩИХ ПРОГРАММ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ CAD/CAM ТЕХНОЛОГИЙ

Ефимин А.В.

*Белгородский Государственный Национальный
Исследовательский Университет*

В данной работе рассматривается современный подход к проектированию управляющих программ для обработки зубных протезов с использованием технологий CAD/CAM.

Автором предложен новый способ проектирования управляющих программ для модели CAD/CAM, основанный на численных методах и моделировании геометрического взаимодействия инструмента с рабочей поверхностью зубного протеза, который может быть положен в основу проекта универсальных программ автоматизации систем обработки протезов любой формы и сложности. Ключевой новацией представленного

подхода является моделирование процесса срезания припуска при 3D обработке, основанный на цикловых алгоритмах, что обеспечивает высокую точность и стабильность процесса обработки при том, что участки с неравномерным объемом припуска срезается. Разработанные числовые процедуры могут быть встроены в приложение проектирования траекторий формообразующих движений. В качестве задающей координаты при полярной схеме формообразования принимается полярный угол. На этом же этапе выполняется расчет коэффициента управления подачей при стабилизации процесса резки по всей формообразующей координате.

При проектировании управляющей программы для обработки шлифовкой, которые могут проводится на этапе моделирования или коррекции зубного протеза, добавляются определенные процедуры. Учитывая форму рабочей поверхности зубного протеза, которая занимает полярный угол около 270° и многопроходность самого процесса шлифования, в котором по технологическим траекториям обязательно будут присутствовать участки холостого движения. По таким траекториям шлифовальный круг (в обратной схеме) должен перейти на соседнюю траекторию формообразования, то есть соседнюю эквидистанту.

В результате автоматически создается промежуточный файл управления, который обрабатывается модулем постпроцессора. Все процедуры алгоритма построены на использовании численных методов, что делает его универсальным, способным проектировать управляющие программы для любых форм зубных протезов - для пациентов как полной, так и частичной адентией. Как показывает анализ полученных результатов, сшивание траекторий формообразующих движений с траекторией холостого движения осуществляется без разрывов второй производной, что гарантирует безударную работу приводов для последующего протезирования на имплантах CAD/CAM.

Разработанные методы проектирования управляющих программ для обработки зубных протезов с использованием CAD/CAM технологий представляют собой значительный шаг вперед в области стоматологического производства. Они позволяют повысить эффективность и точность производственного процесса, а также улучшить качество и долговечность зубных протезов.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА АДДИТИВНОГО ПРОИЗВОДСТВА МОДЕЛЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ ПОСЛОЙНОГО СГЛАЖИВАНИЯ ПОВЕРХНОСТИ

Ефимин А.В.

*Белгородский Государственный Национальный
Исследовательский Университет*

Аддитивное производство становится все более популярным методом изготовления различных изделий в сфере стоматологии. Однако качество изготовленных деталей часто зависит от точности геометрии и шероховатости поверхности. В данной работе представлена методика послойного сглаживания поверхности для оптимизации процесса аддитивного производства.

Проведение анализа шероховатости поверхности модели позволяет выявить необходимость сглаживания слоев перед формированием G-кода для аддитивного производства. Доказано, что процесс шлифовки рабочей поверхности зубного протеза существенно отличается от обработки фрезерованием и поэтому именно для этого процесса важным является обеспечение перманентного управления с целью стабилизации условий резания по всем формообразующим траекториям. Для создания математической модели процесса срезания припуска предложено использовать схему, которая представляет взаимодействие инструмента и заготовки с равномерно расположенным припуском в двух взаимно перпендикулярных сечениях. Учитывая, что форма детали задана цифровыми массивами, на первом этапе, в результате моделирования геометрического формообразования по разработанной математической модели, образуются также цифровые массивы, которые представляют эквидистанту в поперечном и продольном направлениях. Поэтому, для решения задачи второго этапа целесообразно использовать численные методы и процедуры определения точек пересечения исходной инструментальной поверхности и заготовки, контур которой представлен дискретной геометрической моделью.

Алгоритм автоматизации включает методику послойного сглаживания поверхности, которая внедряется на этапе технологической подготовки к аддитивному производству. Благодаря использованию разработанной методики проектирования траекторий холостых движений при HSM обработке (шлифовке) и соответствующей прикладной программы, доказано, что в отличие от известных методик, разработанная позволяет в автоматическом режиме спроектировать траектории движений, чтобы повысить производительность и плавность работы формообразующих механизмов.

Доказано, что использование предложенной методики определения режима бездефектного шлифования, позволяет получить одновременно как математическую модель, связывающую глубину дефектного слоя с составными режима резания, так и связь с комплексным показателем интенсивности процесса шлифования - скоростью срезания припуска - объективно отражает реальный процесс резания при шлифовании сложных поверхностей, к которым относится рабочая поверхность зубных протезов. Дальнейшие исследования могут сосредоточиться на оптимизации параметров сглаживания и адаптации методики к различным типам изделий и материалов.

THE USE OF A BACTERIOSTATIC DRUG WITH AN ASSESSMENT OF HYGIENIC ACTIVITY IN DENTAL PROSTHETICS IN THE ELDERLY

Jumaev A.Kh., Alimova N.P.

Bukhara State Medical Institute

Introduction. In the clinic of orthopedic dentistry, the problem of mutual compatibility of oral cavity tissues and organs with construction materials does not lose its importance (1,2,3).

Authors have different opinions about the reasons for the significant prevalence of partial lack of teeth. The increase in the incidence of caries and its complications is due to the loss of teeth [2, 8;], an increase in the number of patients with periodontal diseases [10, 16, 21, 25.] and an increase in the percentage of elderly patients.

Aim of the study. The aforementioned justifies the search for effective means such as disinfection, deodorization, and hygienic elixirs for the care of the oral cavity in persons using partial dentures.

Materials and methods. According to the plan, the patients were completely rehabilitated and then fitted with partial removable dental prostheses. We divided the patients into three groups for research purposes.

Results. There are pre-dissolved tablets "Corega tabs" for cleaning prostheses, consisting of special cleaning solutions and hygienic means. To use the tablet, put it in a clean container and pour warm water over it. After the tablet dissolves, the removable dental prosthesis is soaked in this water for fifteen to twenty minutes, then it is washed under water and put on again. Look at picture 1. Before performing general clinical and orthopedic examinations, we performed targeted, in-depth examinations of patients. Evaluation of the effectiveness of orthopedic treatment after wearing removable dental prostheses in patients was based on the results of the questionnaire; oral mucosa and dental prostheses hygienic condition Jordanishvili A.K., 2000 classification and Kalivradzhiyan E.S. Evaluation was performed using the 2003 method; V.N. Using the Tsarev 2000 method, we used the results of microbiological studies to determine the hygienic condition of the teeth.

In the analysis of smears, representatives of normal and less conditionally pathogenic microflora can often be seen.

From the obtained data, it was found that there were no significant differences in the changes of the quantitative indicators of microorganisms in all groups during the period of adaptation of patients to removable prostheses.

After the 14th day, when considering the data collected after the placement of removable dental prostheses, it is possible to note almost no signs of increase in the amount of microflora in the examined groups.

The level of purity of the mucous membrane of the oral cavity decreased by 10%. This indicator is mainly in the first subgroup - *S. mutans* 5.7 ± 0.4 lgKOE/ml; 5.8 ± 0.12 lgKOE/ml and *Streptococcus spp.* 5.4 ± 0.02 lgKOE/ml, 5.9 ± 0.01 lgKOE/ml was clearly shown.

Conclusions. Based on the above, it can be concluded that the use of the drug during the adaptation period of the prosthesis has an effective effect on the tissues of the prosthesis site and the landscape of microbes. It can be assumed, this was the main focus of our research.

Our data obtained as a result of clinical studies proved that positive results were obtained when using "Corega tabs" for cleaning dentures, and

patients who used these tablets did not have any side effects on the quality of dentures.

Tablets that improve the hygienic condition of removable prostheses contain chemicals with strong antiseptic and cleaning properties, which have a strong effect on the surface of the prostheses and clean them. Thus, the drug has a clear antimicrobial effect against pathogenic and conditionally pathogenic gram-positive cocci (*S. aureus*, *Str. pyogens* and *S. haemoliticus*, *Enterococcus* sp.), as well as against strains of intestinal bacteria.

Based on the above, the use of the drug “**Corega tabs**” is effective for influencing the tissues and microbial landscape of the prosthesis during the period of adaptation.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА - ПРЕДОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА.

Зайнидинова Э.З., Шаяхметова М.К., Жолдыбаев С.С., Каметова А.Б.

*Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д.
Асфендиярова, кафедра ортопедической стоматологии, г.Алматы,
Казахстан*

Введение. Эстетическая привлекательность зубного ряда является важным фактором, определяющим уверенность в себе при общении с окружающими. Среди аномалий, характеризующихся наибольшим влиянием на внешний вид защитного покрытия коронок, особого внимания заслуживает флюороз зубов, при которой пятна с измененным оттенком возникают и распространяются по всей поверхности зубного ряда, провоцируя дальнейшие изменения. Связи с особенностью регионального происхождения данной патологии в зонах с повышенным содержанием фтора в воде приводит к специфическим изменениям в структуре зуба и значительным повреждениям зуба. Для лечения флюороза зубов в современной стоматологической практике используются методы комплексного лечения - терапевтическое лечение с целью уменьшения цветового несоответствия при ортопедической стоматологической эстетической реабилитации пациента, особенно востребованное при деструктивной форме заболевания.

Цель. Описание клинического случая и подготовка к ортопедическому лечению больного с тяжелой формой флюороза.

Материал и методы. Женщина, 17 лет, проведено стоматологическое обследование, панорамная рентгенография, терапевтическое лечение лазерным аппаратом LASERMED-10-01, проведение электро(депо)фореза ионами раствора «Кальция».

Результаты. Пациент А., 17 лет. Обратилась с жалобой на высокую чувствительность зубов и неэстетичный цвет зубов с момента прорезывания. Ранее, вследствие повышенной чувствительности было проведено депульпирование 4.3 зуба. В связи со скученностью зубного ряда проводилось ортодонтическое лечение, которое было прекращено вследствие скола твердых тканей зубов в местах прикрепления брекетов, свидетельствующее о хрупкости твердых тканей зуба - характерный признак флюороза. Пациентка состоит на учете у эндокринолога с диагнозом «Аденома гипофиза». В ходе стоматологического обследования был установлен диагноз: Флюороз, комбинированное поражение (деструктивная и меловидно-крапчатая форма) тяжелой степени. Для более точного определения степени поражения были запрошены показатели содержания фтора в воде по месту жительства - 0,72 мг/дм. По результатам обследования был составлен план комплексного лечения данной патологии.

В ходе терапевтического лечения было проведено удаление соединений фтора лазерным аппаратом LASERMED-10-01. Результаты исследования показали положительную динамику после удаления деструктивно-измененных тканей и был получен положительный результат. Всего сеансов составило 5 дней. Отмечалось появление повышенной чувствительности зубов после лазерной аппликации у пациента. В дальнейшем проводился электро(депо)форез ионами раствора «Кальция» с целью возмещения удаленных участков от фтора, в количестве 3-5 сеансов. При этом отметили значительное осветление цвета зубов и были получены наиболее благоприятные условия для дальнейшего эстетического протезирования. Для снижения чувствительности зубов была проведена реминерализующая терапия.

Выводы. Таким образом, комплексный подход к лечению тяжелой формы флюороза с использованием физио-терапевтических методов воздействия привело к положительному результату и является залогом успешного ортопедического стоматологического лечения.

РЕТЕНЦИОННЫЙ ПЕРИОД, СОХРАНЕНИЕ СТАБИЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кутмаматова Ырысбүбү Абдилазизовна

ЦПиНМО ОмГУ

Актуальность согласно данным современной литературы, во многих странах мира наблюдается рост частоты встречаемости зубочелюстных аномалий, таких как-диастемы, неправильный прикус, сужение верхней (нижней) челюсти и др. (Профит У.П., 2006; Оборотисктов Н.Ю., 2006; Westwood P.V. et al., 2003; Mi-yatake E., et. al., 2003). Устранение нарушений в органах и тканях зубочелюстной области осуществляется хирургическим, ортопедическим, ортодонтиче-ским и комбинированными методами. Выбор способа лечения зависит от вида и степени выраженности аномалии, возраста пациента, сопутствующей патологии и других факторов. Стабильность достигнутого при коррекции прикуса определяется правильностью лечения в период ретенции. В активной фазе лечения происходит перемещение зубов, их положение изменяется. Адаптация тканей зубочелюстной системы к новому, измененному прикусу требует времени. Период ретенции начинается сразу после снятия брекетов и других ортодонтических конструкций, перемещающих зубы, выравнивающих зубной ряд. На этом этапе пациенту важно быть готовым продолжать лечение, понимать его важность. Часто процессу ретенции не уделяется должного внимания: человек уже видит результат, его зубы уже занимают правильное положение, и дополнительные действия кажутся лишними. Если после снятия брекетов не устанавливаются ретенционные аппараты, достигнутые результаты лечения будут быстро утрачены. Перемещенные под действием брекетов ткани будут «стремиться» вернуть исходное положение: такое, каким оно было до коррекции. Патологии зубочелюстной системы могут не только вернуться в полном объеме, но и стать более серьезными, так как использование брекетов для коррекции прикуса выводит ее из равновесия. Все изложенные выше данные показывают на актуальность проводимых исследований, и являются основой для определения цели и задач собственных исследований по решению проблем в данном направлении.

Цель исследования 1.Стабилизация исправленных зубов в течение максимально длительного времени для адаптации организма к новому состоянию зубочелюстного аппарата.

2.Применение инновационных методов стабилизация ортодонтического лечения.

3.Изучить причинноследственную взаимосвязь органов и тканей челюстно-лицевой области, головы и шеи при ортодонтическом лечении брекет-системой для предупреждения отдаленных осложнений при лечении больных с аномалиями зубочелюстной системой.

Предмет исследования Общеклинические стоматологические исследование, включающее сбор анамнеза, внешний осмотр, обследование органов полости рта, обследование зубов, оценку состояния зубных рядов, оценку состояния слизистой оболочки рта, обследование челюстных костей. Исследование диагностических моделей челюстей. Статистические методы исследования. Лучевые методы исследования, такие как ортопантомография, телерентгенография, конусно-лучевая компьютерная томография, цефалометрический анализ, фотографический метод исследования.

Объект исследования Пациента с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области в возрасте от 9 до 31 лет, проведением диагностических мероприятий, ортодонтического лечения и фиксации достигнутого лечебного результата в ретенционном периоде.

Асимметричная работа жевательных мышц при коррекции прикуса может спровоцировать нарушение баланса в отдаленных регионах тела, что диктует необходимость мониторинга состояния поструральной системы в процессе ортодонтического лечения. Искривление осанки часто диагностируется у пациентов с дисфункцией височнонижнечелюстного сустава (ВНЧС). И для того, чтобы коррекция прикуса была эффективной, необходимо обратить внимание на нарушения опорно-двигательного аппарата. ВНЧС является парным. Когда с одной стороны он теряет подвижность, второй сустав начинает ее компенсировать. В итоге, развивается асимметрия челюстных костей и различные виды неправильного прикуса. Неравномерная нагрузка неизбежно влечет за собой нарушения других отделов скелета — так организм подстраивается под изменения.

Анализ результатов ортодонтического лечения у пациентов в различных возрастных группах с применением современных методик ретенции.

Материалом исследования послужили данные диагностических осмотров пациентов, прошедших ортодонтическое лечение. Клинические группы составили пациенты в количестве 123. Они были систематизированы по методике проводимого ортодонтического лечения и виду используемой ретенции:

1. В первую клиническую группу вошли пациенты, прошедшие ортодонтическое лечение с применением несъемной аппаратуры, в процессе ретенции использовался несъемный ретейнер – 17 человек.

2. Во вторую клиническую группу вошли пациенты, прошедшие ортодонтическое лечение с применением несъемной аппаратуры, в процессе ретенции использовался съемный ретейнер – 19 человек.

3. В третью клиническую группу вошли пациенты, прошедшие ортодонтическое лечение с применением несъемной аппаратуры, в процессе ретенции использовалась каппа – 23 человек.

4. В четвертую клиническую группу вошли пациенты, прошедшие ортодонтическое лечение с применением съемной аппаратуры, в процессе ретенции использовался несъемный ретейнер – 23 человек. 3года 5лет 3года 5лет

5. В пятую клиническую группу вошли пациенты, прошедшие ортодонтическое лечение с применением съемной аппаратуры, в процессе ретенции использовался съемный ретейнер – 22 человек.

6. В шестую клиническую группу вошли пациенты, прошедшие ортодонтическое лечение с применением съемной аппаратуры, в процессе ретенции использовалась каппа – 19 человек.

Результаты ретенции результатов ортодонтического лечения в исследуемых группах

1 группа 82.59 % 91.29%

2 группа 86.36% 95.44%

3 группа 89.48% 94.75%

4 группа 29.44% 41.18% 35.28% 47.06%

5 группа 44.74% 47.37% 31.56% 36.86%

6 группа 41.29% 45.64% 30.44% 39.12%

Заключение применение комбинации различных методик ретенции, на данный момент необходимо. На данный момент, не существует методики, позволяющей полностью закрепить результаты ортодонтического лечения. Однако, благодаря использованию в своей работе более широких методов диагностики, появляется возможность

оценить необходимость применения того или иного комплекса средств, в процессе ретенции . Все это, способствует расширению представлений о ретенции результатов ортодонтического лечения.

ТИШЛАР ПАТОЛОГИК ЕДИРИЛИШНИ ДАВОЛАШДА ЎЗАКЛИ КОНСТРУКЦИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ

Қобилов Р.И.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Тишларнинг патологик едирилиши - тиш-жағ тизимидаги патологик ўзгаришлар билан кечадиган полиэтиологик жараёнدير. Тиш қаттиқ тўқимасининг едирилиши, ёш ўтиши билан бирга ортиб бораверади. Патологик едирилиш сабаблари тўлиқ аниқланган эмас. Баъзи олимлар тиш шаклланиш даврида эмаль ва дентин етарли даражада минераллашмагани сабабли улар мустахам тузилган эмас деб хисобласала, бошқалари тиш тўқималарининг тез едирилишига чайнов мушакларининг кучли қисқариши сабаб бўлади, деб тушунтирадилар. Баъзи беморларда патологик едирилиш жараёни секин, бошқаларда эса тез кечади. Бирок у дентин очилиб қолган жойларда чуқурлашиб ва эмал сақланиб қолган жойларда бир мунча тўхталиб доимо зўрайиб боради. Шу сабабли едирилиш юзалари текис силликланган майдонча кўринишига ёки эмалнинг баъзан тилни яра қиладиган ўткир учлари билан чегараланган ярим ойсимон ёхуд кратерсимон ўйиқ шаклига эга бўлади. Тиш пульпаси едирилишига қарши химоя реакцияси билан жавоб беради. Бу реакция ўринбосар дентин ривожланиши билан намоён бўлади. Ўринбосар дентин тиш бўшлиғи шаклини ўзгартиради, баъзан эса уни бутунлай ўраб олади. Пульпа дистрофиясида ўринбосар дентин ажралиб чиқиши тезлиги тўқималар едирилиши тезлигидан орқада қолиши мумкин, дентин қавати юпкалашади, дентин каналлари очилиб қолади ва пульпанинг нобуд бўлиши холлари кузатилади. Шу туфайли патологик едирилишда тиш илдизининг учи яқинида яллиғланиш ўчоқлари (сурункали периодонтитлар) пайдо бўлади. Эмал едирилиши тишларнинг харорат ва кимёвий қўзғатувчиларга нисбатан ўта сезгирлиги билан бирга кечиши мумкин.

Мақсад: тишлар патологик едирилишда ўзақли конструкцияларни қўллаш.

Бухоро Давлат тиббиёт институти қошидаги стоматология ўқув-илмий-амалий марказида тишлар патологик едирилишни тарқоқ

шакли ташхиси билан йигирма тўрт нафар бемор бизга 2023-2024 йиллар мурожат қилди. Беморни даволаш жараёнида биз патологик едирилишни даражасини инобатга олдик. Патологик едирилишнинг иккинчи ва учинчи даражаларида қуйма ўзакли конструкцияларни қўладик. Қуйма ўзакли конструкциялар тайёрланганда, ўзак аниқ ва тўлиқ чиқади.

1-даражали тишлар патологик едирилишини 44 нафар беморда пластмасали каппалар тайёрладик. Каппа тайёрлаш учун аввал беморлар оғиз бўшлиғи санация қилинди. Юқори ва пастки жағдан анатомик асосий ва ёрдамчи қолип олинди. Лабораторияда супергипсдан модел қуйилди ва бўлажак каппа чегараси чизилди. Махсус эластик пластмасса пластинка юқори иссиқлик таъсири остида модел устига босим остида каппа шакллантирилади. Биринчи даражали тишлар патологик едирилиши бўлган тиш қаторларида нуқсрн бўлмаган 44 нафар беморларга эластик каппа қўйиб профилактика тавсия этилганда, 36 нафар бемор бунга ўз розилигини берди. Уларга юқорида такидлаб ўтганимиздек каппа тайёрладик. Бир йил давомида беморлар диспансер назоратига олиниб кўриклар ўтказилди. 36 нафар беморларимизнинг 31 нафари эластик каппалардан фойдаланди. 5 нафари эса фойдаланмади. Бунга хар хил сабаблар бўлди: ўзида ноқулайлик сезиш, каппани йўқотиб қўйиш, хохишнинг йўқлиги.

Натижалар шуни кўрсатдики тишлар тарқоқ патологик едирилишнинг учинчи даражасини ортопедик даволаганимизда унинг устидан қўйилган қоплама ва кўприксимон протезлар мустахкам фиксацияланди.

ПРОБЛЕМЫ ПОЛУЧЕНИЯ ТОЧНОГО ОТТИСКА В СТОМАТОЛОГИИ

Ломия С.М.¹, Войтяцкая И.В.^{1,2}, Зайцева А.Г.¹

¹Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

²Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия

Актуальность одной из задач современной ортопедической стоматологии является максимально возможное восстановление жевательной функции с помощью создания анатомически точных и индивидуально адаптированных протезов. Особенности проведения

функционального протезирования заключается именно в том, что непосредственно создание протеза происходит в зуботехнической лаборатории на основе полученного оттиска. В этом случае качество протеза напрямую зависит от качества оттиска.

Цель исследования - повышение качества ортопедических конструкций путём получения точного оттиска.

Задачи исследования: изучить влияние техники замешивания оттискного материала на его точность;

Изучить влияние времени замешивания оттискного материала на его точность.

В данной работе были изучены две группы проблем:

Проблемы, возникающие вследствие выбора техники замешивания оттискных материалов.

Проблемы, связанные с влиянием техники замешивания материала.

Проблемы, возникающие вследствие выбора техники замешивания оттискных материалов

При выборе техники замешивания нужно помнить, что при ручном методе есть вероятность неправильной дозировки компонентов оттискных масс, что может привести к ускорению процесса полимеризации, либо к уменьшению времени схватывания. Манипуляционные ошибки можно компенсировать использованием автоматического метода замешивания.

Для изучения проблем, возникающих вследствие выбора техники замешивания, были исследованы материалы ручного и автоматического замешивания из групп А и С силиконов и полиэфиров.

Все изучаемые оттиски получали в соответствии с инструкцией по применению. Для определения наличия пузырей воздуха все полученные оттиски были разрезаны скальпелем горизонтально на три слоя шириной 1-1.5мм.

В исследовании Roberto DiFelice, Roberto Scotti, Urs C. Belser (2010) сравнивали точность оттискных материалов по количеству пор, которые выявлялись визуально. В полученных образцах дефекты, заполненные воздухом (поры), визуально не определяются, поэтому можно прийти к выводу, что техника замешивания не влияет на точность оттиска.

Преимущества автоматического смешивания оттискных материалов

для получения оттисков:

экономия материала с помощью точного дозирования массы;
гигиеничность процедуры смешивания;
правильная дозировка компонентов оттискных масс;
исключение контакта оттискного материала с латексными перчатками;

точное соблюдение времени замешивания материала.

Недостатки ручного замешивания оттискных материалов для получения оттисков:

при ручном методе замешивания оттискных материалов возникает вероятность нарушения времени замешивания;

ухудшение процесса полимеризации оттискного материала;

неоднородное смешивание приводит к неполной полимеризации, и потери детализации.

Rosen M. с соавторами в 1989 году обнаружили, что использование латексных перчаток при замешивании оттискного материала ведёт к нарушению процесса его полимеризации.

Проблемы, возникающие вследствие нарушения времени замешивания материала.

Для проверки влияния нарушения времени замешивания оттискного материала на его точность и попадание пузырей воздуха было проведено исследование 2-х материалов: Speedexputty(С-силикон) и HonigumPuttySoft (А-силикон).

Оттиски были замешаны в правильных пропорциях в соответствии с инструкциями, но с нарушением времени замешивания, на 10 секунд быстрее.

После получения оттисков, они были извлечены из ложки, разрезаны горизонтально скальпелем на три слоя шириной 1-1.5 мм.

После изучения срезов были выявлены поры в материалах, что свидетельствует о том, что у ручной методики замешивания есть недостаток в вероятности получения неточного оттиска из-за нарушения времени замешивания, которое ведёт к нарушению полимеризации и появлению поверхностных и подповерхностных пор, которые в свою очередь могут привести к клинически значимым неточностям.

Выводы: Получение качественного оттиска является одним из ключевых этапов изготовления конструкции зубных протезов. Для получения качественного оттиска необходимо чётко выбрать оттискную ложку по размеру челюсти. Выбрать оттискной материал в соответствии с задачей ортопедического лечения. Необходимо соблюдать правила замешивания оттискного материала описанные в

инструкции. Соблюдать физико-химические свойства используемого оттискового материала в каждом индивидуальном случае. Способ замешивания оттискового материала влияет на точность оттиска при точном соблюдении технологии процесса. Несоблюдение времени замешивания оттискового материала, указанного в инструкции, приведёт к дефектам в виде пор, что негативно повлияет на точность оттиска. Для получения качественного оттиска необходимо использовать стандартную операционную процедуру (СОП) «Замешивание оттискового материала».

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ

Михайлова Е.С.¹, Цимбалистов А.В.², Ермолаева Л.А.¹

¹*ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия*

²*ФГАОУ ВО НИУ «БелГУ», Белгород, Россия*

Осложнения при протезировании стоматологическими материалами в значительной мере обусловлены реакциями организма, вызванными воздействием компонентов сплавов металлов и пластмасс. Обладая многими положительными свойствами, стоматологические материалы могут оказывать негативное воздействие на слизистую оболочку рта (СОР) и, в целом, на организм человека, вызывая комплекс патологических реакций, который в литературе рассматривается как «непереносимость стоматологических конструкционных материалов (НСКМ). Несмотря на многочисленные предложения в области диагностики, лечения и профилактики непереносимости акриловых пластмасс и сплавов металлов, разработка алгоритмов диагностики и лечения больных с НСКМ, создание технологии нанесения изолирующих покрытий на съемные и несъемные ортопедические конструкции представляет собой актуальное направление научных исследований с внедрением результатов в стоматологическую практику.

Обследовано 1524 человека (1375 женщин и 149 мужчин) с предварительным диагнозом НСКМ. Эти больные составили I

(основную) группу наблюдения. Во II группу вошли 206 человек с ортопедическими конструкциями в полости рта без жалоб и явлений НСКМ. III (контрольная) группа представлена 54 санированными, практически здоровыми лицами без ортопедических конструкций в полости рта.

Клиническое обследование пациентов контрольной и опытных групп включало тщательный сбор анамнеза жизни и заболевания. Особое внимание при этом уделялось оценке стоматологического и соматического статусов. Измерение гальванических токов в полости рта пациентов осуществляли с помощью амперметра, импеданса – с помощью прибора для измерения импеданса (ПИИ). Проведены экспозиционная и провокационная пробы, эпикутанные аллергологические тесты (ЭАТ), внутриротовые эпимукозные аллергологические тесты (ВЭАТ) с оценкой микроциркуляции методом контактной биомикроскопии при помощи темнопольного люминесцентного биомикроскопа МК-1 и методом ЛДФ с помощью лазерного анализатора кровотока ЛАКК-01 (НПП “ЛАЗМА”). Проведены микробиологические, иммунологические, биохимические исследования пациентов основных и контрольной групп. Экспериментальные исследования включали разработку технологии нанесения покрытия оксида тантала (Ta_2O_5) на протезные конструкции, изготовленные из различных сплавов металлов и акриловых пластмасс, которая осуществлена методом магнетронного реактивного распыления на установке «УВН-2М», специально модернизированной для решения поставленной задачи. Для изучения влияния сплавов металлов и акриловых пластмасс на соединительную ткань экспериментальных животных проведены экспериментально-морфологические исследования.

Введение в полость рта протезной конструкции у больных с НСКМ аллергической природы приводит к повышению уровня секреторных и цитофильных антител в смешанной слюне, отражением чего являются концентрации антител к грибам *C. albicans*. Наличие IgE-антител к *C. albicans* с одновременным отсутствием IgA-антител при повышенном уровне sIgA в смешанной слюне является свидетельством значения микробного фактора в развитии местных аллергических реакций.

Провокационная и экспозиционная проба широко распространены в стоматологической практике, просты в исполнении,

но их трактовка весьма неоднозначна. Данные пробы были положительны в 72,8 % случаев у пациентов с НСКМ. Опыт клинического применения ЭАТ демонстрирует их низкую диагностическую ценность. Значительное количество сомнительных реакций при постановке эпикутанных аппликационных проб с образцами СКМ свидетельствует о сложностях интерпретации результатов тестирования. ВЭАТ позволяет с большой точностью прогнозировать реакцию организма на СКМ по сравнению с ЭАТ. В случае положительной реакции на СКМ отмечается уменьшение плотности функционирующих капилляров на единицу площади исследуемого участка СОР на 13,99 % относительно исходных значений, увеличение диаметра капилляров по сравнению с начальными показателями: артериолярной части – на 28,37 %, венолярной – на 27,74 %, собирательных венул – на 11,7 %. Согласно данным ЛДФ при положительных ВЭАТ происходит достоверное увеличение ПМ на 24,59 % относительно исходного уровня, уменьшение СКО – на 35,46 % и ИФМ – на 20,83 %.

Особенностью прибора для измерения импеданса в полости рта (ПИИ) является изменяемая полярность протекания электрического тока, источником которого является прибор. Установлено, что абсолютные значения величины тока не коррелируют с выраженностью клинической картины гальваноза. Выявлена положительная средняя корреляция между выраженностью клинической картины гальваноза и уровнем импеданса в полости рта ($r=0,673$; $p<0,01$).

Анализ клинико-anamнестических данных, комплекс основных и дополнительных методов исследования, включая разработанные устройства и методы диагностики НСКМ, позволили расширить и уточнить ряд показателей и их значений для осуществления и упрощения дифференциальной диагностики НСКМ от всех прочих сходных клинических состояний, а также предложить алгоритмы проведения диагностических мероприятий у пациентов с жалобами местного и общего характера, возникшими и/или усилившимися после протезирования.

Создана и экспериментально-клинически обоснована технология нанесения изолирующего покрытия Ta_2O_5 на акриловые и металлические конструкции зубных протезов путем магнетронного реактивного распыления тантала в вакууме при остаточном давлении

1×10^{-4} Па в системе газов аргон и кислород в соотношении 3:1 при температуре не более 90 °С для акриловых и 400-450 °С для металлических подложек. Покрытие оксидом тантала (Ta_2O_5) надёжно изолирует ортопедические конструкции, изготовленные из акриловых пластмасс и сплавов металлов, ограничивает элиминацию остаточного мономера и других токсических ингредиентов акрилатов во внешнюю среду, снижает вероятность развития гальваноза в полости рта. Экспериментально-морфологические исследования на животных свидетельствуют о снижении токсического действия на ткани акриловой пластмассы, изолированной оксидом тантала (Ta_2O_5). Изоляция образцов сплавов металлов оксидом тантала (Ta_2O_5) блокирует гальванический и коррозионный процессы, что подтверждается результатами экспериментально-морфологических исследований.

Разработанные алгоритмы диагностики и лечения, дифференциально-диагностические критерии позволяют повысить эффективность реабилитации больных с НСКМ за счет оптимизации лечебно-диагностической тактики.

ИССЛЕДОВАНИЕ АДГЕЗИИ НЕКОТОРЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ К ПОВЕРХНОСТИ МАТЕРИАЛОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Солопов А.Д., Огрина Н.А., Королёва И.В.

*Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность: В своей практике каждый врач, независимо от его специализации, старается достичь наилучших результатов лечения. В наши дни для этого в распоряжении врачей находятся все достижения самых разных областей науки. Врачи-стоматологи, в том числе и стоматологи-ортопеды, активно внедряют передовые методы в свою работу. Одним из возможных направлений повышения качества ортопедического лечения является улучшение гигиенических свойств ортопедических конструкций, так как бактерии, грибы, простейшие и вирусы, находящиеся в полости рта человека, играют значительную

роль во многих местных и системных патологических процессах. Перспективным представляется повышение гигиенических свойств различных протезов за счёт создания на их поверхности специальных покрытий, направленных, в том числе, и на препятствование адгезии микроорганизмов.

Цель. Целью данного исследования было выяснить влияние нанесения кремнийсодержащего покрытия PateksDent™ на адгезию микроорганизмов к некоторым акриловым пластмассам и сплавам металлов, используемым в ортопедической стоматологии, сравнить и оценить полученные результаты.

Материалы и методы: Для оценки эффективности покрытия PateksDent™ были выбраны базисные пластмассы горячей полимеризации «Villacryl H Plus» и «Белакрил - Э ГО», а также никель-хромовый сплав «I-BOND 02» и кобальт-хромовый сплав «I-BOND NF», предназначенные для работы с металлокерамикой. Теоретически наносимое покрытие должно было закрыть микроскопические неровности на поверхности данных материалов, затрудняя их первичную колонизацию микроорганизмами. Для опытов из сплавов были изготовлены образцы размером 10×10×1 мм, а из пластмасс - 10×10×2. На часть образцов в течение 60 секунд наносилось покрытие, другие же образцы оставались в качестве контрольных (т.е. без покрытия).

Нанесение покрытия производилось методом химического осаждения паровой фазы с ассистированием дуговой плазмой при атмосферном давлении при помощи установки TesisDent-118.

В качестве исследуемых микроорганизмов были выбраны *S. mutans*, *S. gordonii*, *S. aureus*, *C. albicans*. Так же в целях получения максимально объективных данных было решено провести опыт со слюной человека со всеми присутствующими в ней представителями микробиоты.

На первом этапе опыта предварительно простерилизованные образцы материалов культивировались в термостате при температуре 37°C в течение 30 минут в суспензиях с заданной концентрацией четырех видов исследуемых бактерий и образцах человеческой слюны. Далее адгезированные микроорганизмы переносились на питательную среду с образцов методом отпечатков и снова помещались в термостат на ночь при температуре 37°C. На следующий день фрагменты питательных сред с оставшимися на них после отпечатывания

микроорганизмами извлекались из чашек Петри и гомогенизировались по специально разработанной для данного эксперимента методике. Оценка количества микроорганизмов в итоговой суспензии производилась количественным методом. Полученный результат пересчитывался на объём суспензии. Конечные данные заносились в таблицу. Сравнивалось количество бактерий адгезировавшихся на поверхности образцов с покрытием на аналогичных образцах без него.

Результаты. В результате проведённых экспериментов стало очевидно, что покрытие PateksDent™ показало наибольшую эффективность в снижении адгезии микроорганизмов на базисной пластмассе горячей полимеризации «Белакрил - Э ГО» и на никель-хромовом сплаве для работы с металлокерамикой «I-BOND 02», получен положительный результат в большей части опытов, снижение адгезии микроорганизмов.

Также, в целом, наилучший эффект покрытия PateksDent™ наблюдается в отношении *S. albicans*, с которым оно снизило адгезию микроорганизмов на трёх из четырёх исследованных образцов.

Выводы: Покрытие PateksDent™ продемонстрировало свою эффективность по снижению адгезии микроорганизмов на базисной пластмассе горячей полимеризации «Белакрил - Э ГО» и на никель-хромовом сплаве для работы с металлокерамикой «I-BOND 02».

Покрытие PateksDent™ продемонстрировало наибольшую эффективность в отношении *S. albicans*., а именно снижение адгезии микроорганизмов на базисную пластмассу.

БОЛАЛАР ТИШ ҚАТОРЛАРИ ОККЛЮЗИОН САТҲИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРИ ВА ТИШЛОВ АНОМАЛИЯЛАРИ ТАРҚАЛИШ ДАРАЖАСИ

Рўзиева Г.Т., Саидов А.А.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Стоматологик касалликлар орасида тиш-жағ аномалияларининг учраши ва тарқалганлиги бўйича тишлар кариеси ва пародонт касалликларидан кейинги учинчи ўринни эгаллаб турибди. (Сысолятин П.Г., Ильин А.А., 2001). Сўнгги йиллар давомида тиш-жағ

аномалиялари ва деформацияларининг тўхтовсиз ўсиши муаммосига нисбатан эътибор сезиларли даражада ошди. Замонавий ташхислаш усуллари тадбиқ этилганлигига қарамасдан афсуски тарқалиш кўрсаткичи ҳар йили ўсиб бориши кузатилмоқда. Бизга маълумки патологик тишловлар ўз вақтида даволанмаса чакка-пастки жағ бўғими элементларидаги ўзгаришлар билан кечади. Бу ҳолатлар окклюзион-артикуляцион дисфункция синдромига олиб келади.

Бизнинг Республикамизда ҳам тиш-жағ тизими аномалиялари 35-50 % учрайди. Бунинг асосий сабабларидан бири ота-оналарнинг болани жисмоний ривожланишида ўз вақтида эътибор қаратилмаслигидадир. Доимий тишлар боланинг 6,5-7 ёшидан чиқиши бошланганда аксарият ота-оналаримиз 6-тишни ўсмирлик давригача тушиб янгиси чиқади деб эътиборсизликлари оқибатида окклюзиянинг калити бўлган 6-тиш йўқотилади ва энг кўп тиш-жағ аномалия ва деформацияларига сабаб бўлади.

Мақсад болалар тиш қаторлари окклюзион сатҳидаги ўзгаришлари ва тишлов аномалиялари тарқалиш даражаси ўрганиш.

Бухоро шаҳрида жойлашган умумий ўрта таълим мактабларида ўтказилган бирламчи стоматологик текширувларимиз натижасида 220 нафар болалар ва ўсмирларни асосий гуруҳимиз учун ажратиб олдик ва уларни Бухоро давлат тиббиёт институти қошидаги стоматология ўқув-илмий-амалий маркази ва Бухоро шаҳар болалар стоматология поликлиникасида стоматологик тўлиқ текширишлардан ўтказдик. Текшириш жараёнида биз чакка пастки жағ бўғими функционал бузилишларнинг бир нечата симптомлари-оғиз очилишининг бузилиши, бўғимда шовқин, чайнов мушаклари пальпациясида оғриқ, юқори ва пастки марказий тишлар орасидан ўтадиган юзнинг ўрта чизиғи сурилиши белгиларини кузатдик. Диагностик моделларда антропометрик текширишлар ва зарур ҳолатларда рентгенологик текширишлар ўтказдик. Болалар ва уларнинг ота-оналаридан анамнез йиғилганда аксарият ҳолларда доимий тишларни эрта йўқотиш, зарарли одатлар, патологик тишлов ва ортодонтик даволашни нотўғри олиб борилаётган ҳолатлари аниқланди. Бундан ташқари баъзи болаларда эндокрин ва психоэмоционал ўзгаришлар борлиги ҳам аниқланди.

Хулоса қилиб айтганда биз текширган болалар ва ўсмирларнинг 90 нафар

41-%да тиш-жағ аномалиялари, шундан 24 нафар 12-%да тишлов аномалиялари ва чакка пастки жағ бўғими дисфункцияси белгилари кузатилди. Тишлов аномалиялари ва чакка пастки жағ бўғими дисфункцияси бўлган болаларни ёш гурухи бўйича ўрганганимизда алмашинув тишлов давридаги болаларда 27% ва доимий прикусдаги ўсмирларда 73 % учраши аниқланди.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ (ЭМГ) ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ

Султанов М.Ш., Султанов Ш.Р., Хафизов А.А.

Кафедра ортопедической стоматологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибн Сино». Таджикистан

Актуальность. Одним из ведущих методов диагностики в современной стоматологической практике является электромиографическое (ЭМГ) исследование жевательных мышц, которое дает возможность проведения диагностики изменений функционального состояния жевательной мускулатуры и объективно оценивать функциональность окклюзии [1].

Исследованиями установлено, что биоэлектрическая активность височных мышц у пациентов с дистальной окклюзией и вертикальной резцовой дизокклюзией более высокая по сравнению с биоэлектрической активностью собственно жевательных мышц, купирующаяся в период восстановления окклюзионных контактов [2].

Электромиография(ЭМГ) является разновидностью диагностики, которая регистрирует колебания биопотенциалов, возникающие в мышце в момент ее возбуждения. Потенциалы колебаний улавливаются поверхностными электродами, передающими их после усиления на устройство, которое визуализирует колебания потенциалов в виде диаграммы. Электроды накожного типа позволяют проводить регистрацию активности нескольких жевательных мышц одновременно. ЭМГ-исследование мышц челюстно-лицевой области является одним из современных методов диагностики в стоматологической практике по всему миру. Данные, полученные в результате ЭМГ-исследований дают возможность

диагностировать нейромышечный дисбаланс, выявлять смещение центра окклюзии на этапах протезирования.

Комплекс беспроводного мониторинга электрофизиологических сигналов «Колибри» представляет собой компактный аппарат для проведения электромиографических исследований, позволяющим благодаря интерфейсу, правильно оценить состояние жевательных мышц в режиме реального времени [6], что на этапе примерки обеспечивает правильное распределение жевательной нагрузки на ортопедическую конструкцию.

В процессе достижения поставленных задач было установлено, что некоторые аспекты использования ЭМГ в научной литературе изучены недостаточно, что обуславливает актуальность выбранной темы.

Целью исследования является оценка функционального состояния жевательных мышц у пациентов, протезированных несъемными ортопедическими конструкциями на дентальных имплантатах при полной адентии с разным скелетно-лицевым типом.

Материалы и методы исследования. Достижение поставленной цели обусловило проведение исследования функционального состояния жевательных мышц у 20 пациентов в возрасте от 48 до 64 лет с полной адентией и различными вариантами скелетно-лицевого типа. Обследуемые пациенты были распределены на 3 группы.

Обследование дает автору возможность получения данных о состоянии жевательной системы у людей с разным типом строения черепа и лица, прошедших хирургическую и ортопедическую реабилитацию, связанную с полной адентией челюстей. В рамках клинического исследования обследуемые были разделены на 3 группы, каждая из которых соответствовала определенному типу скелетно-лицевого строения. При выборе обследуемых учитывались следующие параметры: отсутствие структурных и функциональных изменений ВНЧС; отсутствие скелетных и мышечных отклонений от нормы; отсутствие общих соматических заболеваний и вредных привычек; возраст обследуемых - от 48 до 64 лет.

В качестве теоретической основы были использованы данные обследований из других научных источников [3;4;5].

Обследование проводилось на специальном стоматологическом кресле в позе, удобной для пациента и проведения обследования (рис.1).



Рис.1. ЭМГ-исследование с использованием комплекса беспроводного мониторинга электрофизиологических сигналов «Колибри»

При использовании ЭМГ были рассчитаны следующие основные показатели:

индекс пропорциональной активности собственно-жевательных мышц (РОС mass, %);

индекс пропорциональной активности височных мышц (РОС temp,%);

индекс активации (коэффициент активности мышц в сагиттальной плоскости, %).

Пациентам было проведено ортопедическое лечение с использованием несъемных ортопедических конструкций на дентальных имплантатах при полной адентии челюстей.

Обработка полученных данных была осуществлена с использованием компьютерной программы с современным и удобным интерфейсом, адаптированным для удобного использования в стоматологии. Программное обеспечение позволяет отображать результаты ЭМГ-измерений в виде таблиц и диаграмм.

В качестве примера распределения нагрузки, характерного для пациента, имеющего 2-й класс 1-й подкласс скелетно-лицевого строения, приведем следующий клинический случай, который демонстрирует возможности применения метода ЭМГ жевательных мышц в ортопедической стоматологии.

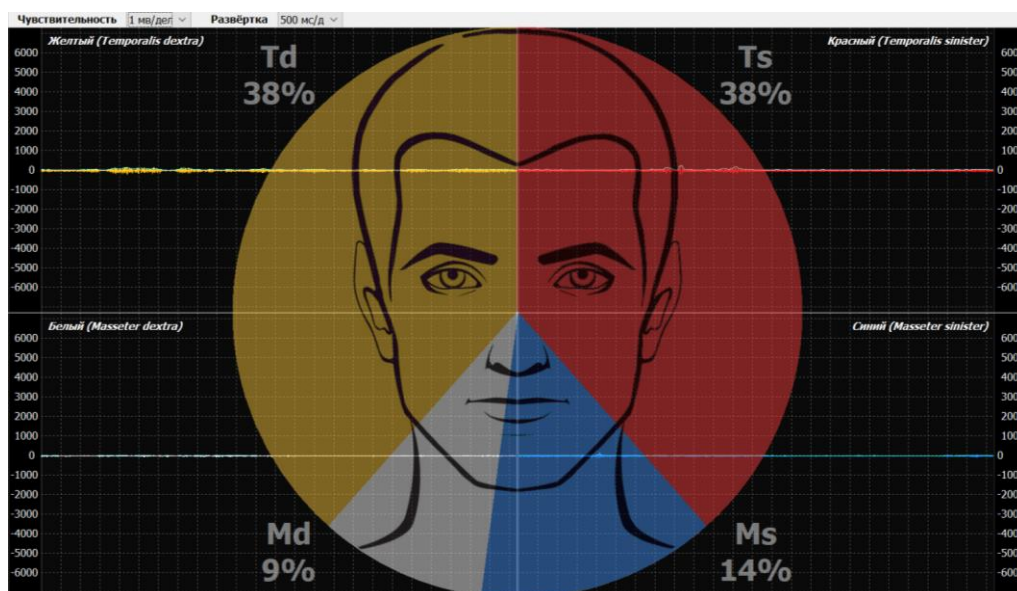


Рис. 2. ЭМГ-диаграмма пациентки после проведенного протезирования

Пациент Г., 58 лет. Обратилась с жалобами на несостоятельность зубов и боли во время жевания пищи. Пациент ощущала дискомфорт в эстетическом плане при ношении съемной ортопедической конструкции. В процессе рентгенологической и парадонтологической диагностики, проведенной во время ортопедического лечения, было выявлено, что у пациента имеется генерализованный пародонтоз зубов, связанный с функциональной перегрузкой. По мере использования съемной ортопедической конструкции, изготовленной из пластмассы, происходит его изнашивание, что может явиться одной из причин функционального перегруза зубов, приводящий к их подвижности.

Процесс протезирования начинался с первичной диагностики, которая включает в себя цефалометрический анализ и анализ КЛКТ для первичной оценки состояния ВНЧС.

После получения данных диагностики, было принято решение об удалении оставшихся несостоятельных зубов с последующей имплантацией челюстей. Протезирование проходило по отсроченной методике по истечению 4-х месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение при рассмотрении результатов электромиографических исследований были выявлены следующие основные моменты.

В исследовании была изучена активность собственно-жевательных и височных мышц с обеих сторон. Исследование проводилось во время проведения примерочных этапов при максимальной сжатии зубов (проба на сжатие) в центральной окклюзии под контролем ЭМГ.

Общий ЭМГ-потенциал для каждой мышцы был принят за 100%, все измеренные в дальнейшем ЭМГ-потенциалы выражались как процент от этого значения (табл. 1).

Таблица 1

Данные измерений электромиографических (ЭМГ) биопотенциалов мышц пациентов, %

Скелетный класс	Мышцы			
	Правая височная	Левая височная	Правая жевательная	Левая жевательная
1 класс	25	25	25	25
2 класс	30	30	20	20
3 класс	20	20	30	30

Анализ данных табл. 1 показывает, что распределение жевательной нагрузки на окклюзионную поверхность в каждом скелетном классе имеет свою особенность и характеристику, свойственную только данному классу. При 1 скелетном классе индекс активации (коэффициент активности мышц в сагиттальной плоскости) составил 50/50%, во 2 скелетном классе большая часть нагрузки приходится на височные мышцы, соответственно, и распределены в соотношении 60/40%, в 3 скелетном классе большая часть нагрузки приходится на жевательные мышцы, соответственно, и распределены в соотношении 40/60%.

В процессе ортопедического лечения использованы полученные из других научных источников пропорции активности жевательных мышц, относящихся к каждому скелетному классу[5]. Для сопоставления и сравнения считаем целесообразным представить данные цефалометрического анализа пациента, который демонстрирует правильность проведенного лечения.

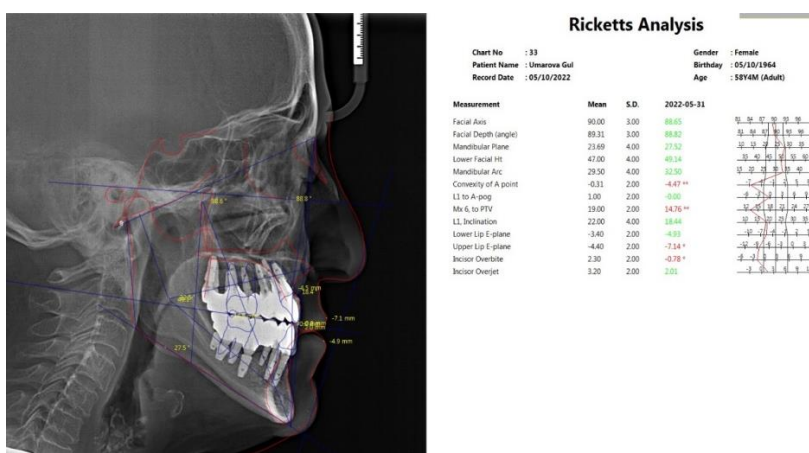


Рис. 3. Цефалометрический анализ пациента

Выводы электромиографическое исследование показало, что в период диагностики и планирования лечения важно учитывать такой фактор как правильное распределение жевательной нагрузки на жевательные мышцы, что непосредственно влияет на качество оказываемой ортопедической услуги. Дальнейшее прогнозирование в таких случаях улучшается.

Данные, полученные из научных источников, были использованы в качестве примера норм распределения жевательного давления на жевательные мышцы[3;4;5].

Цефалометрические анализы, проведенные в ходе диагностики, показали, что параметры, относящиеся к каждому скелетному классу, после окончания лечения соответствовали норме.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ данных цефалометрии и ЭМГ показал, что использование в качестве примера норм распределения жевательного давления на жевательные мышцы, полученных из других научных источников, во время диагностики и планирования лечения пациентов, протезируемых несъемными ортопедическими конструкциями на дентальных имплантатах при полной адентии челюстей приводит к сбалансированному и правильному мышечному и скелетному соотношению, создавая при этом общий скелетно-мышечный баланс.

Список литературы:

1. Лисовская В.Т. Возможности использования электромиографического исследования при ортодонтическом лечении тесного положения передних зубов при различной окклюзии [Электронный ресурс] // URL: <http://www.cprzd.ru/vozmozhnosti-ispolzovaniya-elektromiograficheskogo-issledovaniya-pri-ortodonticheskom-lechenii>

2. Логинова Н.К., Арсенина О.И., Лукашин В.В., Матвеева Е.А. Функциональные изменения в структурах жевательного аппарата при ортодонтическом лечении пациентов с нарушениями окклюзии зубных рядов// ЦНИ стоматологии – 40 лет: История развития и перспективы. - М., 2002. - С.176-178.

3. Саакян М.Ю., Ершов П.Э., Ершова О.А., Жулев Е.Н. Изучение биоэлектрической активности височных и жевательных мышц у лиц с синдромом болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава,

осложнённым зубочелюстными аномалиями // Институт Стоматологии. №1(90), апрель 2021. С. 72-75.

4. Самуйлов И.В., Давыдов М.В., Рубникович С.П., Барадина И.Н. Алгоритм оценки изменений функционального состояния мышц челюстно-лицевой области у атлетов с индивидуальными окклюзионными релаксирующими шинами или каппами // Российский журнал биомеханики. 2021. Т. 25, №3. С. 255–272.

5. Шатров И.М., Желудева С.Е. Электромиографическая оценка жевательных и височных мышц на нагрузку как показатель функциональной адаптации зубочелюстной системы // Проблемы стоматологии, 2016, Т.12, №1. С.103-109.

6. Электромиограф «Колибри» [Электронный ресурс]. URL://<https://www.nsella.ru>

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ

Султанов М.Ш., Хафизов А.А., Муминов А.М.

*Таджикский государственный медицинский университет (ТГМУ) им.
Абуалиибни Сино, Таджикистан*

Цель исследования. Обоснование эффективности использования электромиографии (ЭМГ) в стоматологии на этапах диагностики и планирования ортопедической реабилитации несъемными конструкциями на дентальных имплантатах пациентов с полной адентией.

Материалы и методы. Для достижения цели и решения поставленных задач в процессе коррекции окклюзионной плоскости ортопедической конструкции для контроля распределения нагрузки на жевательные мышцы был использован метод электромиографии (ЭМГ). Электромиография (ЭМГ) представляет собой разновидность аппаратной диагностики, которая регистрирует изменения биоэлектрических потенциалов, возникающих в мышце в момент ее работы. Эти колебания улавливаются поверхностными электродами,

передающими их на устройство, которое визуализирует изменение потенциалов в виде диаграммы. Данные, полученные с помощью ЭМГ дают возможность не только диагностировать нейромышечный дисбаланс, но и выявлять смещение центра окклюзии на этапах протезирования.

В качестве дополнительного метода диагностики при определении типа скелетного роста черепа пациента использовался метод цефалометрического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение. По результатам клинического исследования показатели биоэлектрической активности (БЭА) височных мышц (ВМ) пациента до коррекции составляли: Td – на 10,63% меньше нижней границы нормы, Ts – на 9,77% выше верхней границы, Ms – на 1,3% выше верхней границы и Md – на 1,3% ниже нижней границы нормы. После коррекции окклюзионной плоскости ортопедической конструкции удельный вес нагрузки на ВМ изменился следующим образом: Td – с 21% до коррекции до 29% после коррекции, Ts – с 32% до 28%, соответственно; значение доли распределения нагрузки на собственно-жевательные мышцы (ЖМ) составило: Md – 19% до коррекции и 21% после коррекции, Ms – с 28% до 22%, соответственно. Таким образом, после коррекции окклюзии значения параметров ЭМГ соответствуют антропометрическим нормам скелетно-мышечного строения черепа пациентки.

Заключение. Проведенное клиническое исследование на практике подтвердило, что использование миографии дает возможность создать корректную окклюзию на этапах примерки ортопедической конструкции, что, в свою очередь, позволяет сбалансировать нагрузку, создаваемую мышцами на жевательную поверхность ортопедической конструкции.

При использовании цефалометрического в качестве дополнительного метода исследования можно определить тип скелетного роста черепа, что дает возможность выявить тип распределения жевательной нагрузки на височные и собственно-жевательные мышцы при максимальном сжатии челюстей.

В процессе работы над исследованием удалось установить закономерность, связанную с нагрузкой, создаваемой при сокращении жевательных мышц и областью воздействия нагрузки на жевательную поверхность зубов при их сжатии.

Таким образом, использование миографии дает возможность создать корректную окклюзию на этапах примерки ортопедической конструкции, что, в свою очередь, позволяет сбалансировать нагрузку, создаваемую жевательными мышцами на жевательную поверхность ортопедической конструкции.

ДИСТОПИРОВАННЫЙ СВЕРХОМПЛЕКТНЫЙ ЗУБ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА

*Шегебай А., Шаяхметова М.К., Талимов К.К.,
Мирзакулова У.Р., Каркабаева К.О.*

*Казахский Национальный медицинский университет
имени С. Ж. Асфендиярова, кафедра ортопедической
стоматологии, г. Алматы, Казахстан*

Введение: Сверхкомплектные зубы – это патологические дополнительные зубные зачатки при сформированном зубном ряду, имеется около 2% людей (Мельниченко Ю.М.). При этом возникновение сверхкомплектных зубов приводит к дистопии, т.е. неправильному положению прорезавшегося зуба. Дистопированные зубы могут располагаться в альвелярном отростке, небном отростке, в стенках верхнечелюстной пазухи (теле верхней челюсти) на уровне или выше корней различных групп зубов. Для диагностики используются такие методы, как осмотр, внутренняя и внешняя рентгенография. При диагностике дистопии методом исследования является конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), которая позволяет просмотреть изображение в трех измерениях, оценить расположение зуба по отношению к анатомическим структурам.

Цель исследования: Описание клинического случая-прорезывание дистопированного зуба на твердом небе под съемным протезом и поэтапной реабилитации полости рта пациента.

Материалы и методы: Женщина, 64 лет, 1 пациент. Проведено стоматологическое обследование, патолого-гистологическое исследование (биопсия), рентгенологическое исследование - конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ).

Результаты. Пациент явилась с целью протезирования в связи с потерей нижних фронтальных зубов, подвижностью сохранившихся

зубов. При осмотре выявлен дефект фронтального участка зубного ряда нижней челюсти, а на верхней челюсти обширный включенный и односторонний концевой дефект зубного ряда. Пациент успешно пользовалась частичным съемным протезом верхней челюсти более 10 лет и никаких жалоб не предъявляла. При проведении обследования был обнаружен - эрозивно-язвенный дефект слизистой оболочки с вовлечением костной ткани на середине неба под частичным съемным протезом. При зондировании отмечается дефект твердого неба глубиной 3-4мм без перфорации задней стенки, безболезненное. После консультации хирурга-стоматолога с учетом онконастороженности пациентку решено направить в онкологический институт, где проведены патолого-гистологическое исследование (биопсия). Также проведены дополнительные методы исследования - конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ).

В результате обследования установлено отсутствие онкологического процесса, установлен диагноз «Дистопия 11 и 21 зубов». Стоматологическое лечение начато с санации полости рта - удалены подвижные зубы 3-4 степени. Протез верхней челюсти снят в связи с удалением опорных зубов. За период заживления места удаленных зубов через 1 месяц при контрольном осмотре наблюдается прорезывание справа одного из двух дистопированных зубов на небе - премоляр (по анатомической форме). Согласно хирургической тактике решено ждать еще один месяц, чтобы зуб лучше прикрепился к хирургическому инструменту. После истечения 2 месяцев значительного прорезывания коронки - дистопированный зуб был удален. Второй дистопированный левый зуб оставлен, пациента не беспокоит. Ортопедическое лечение проводилось после полного заживления раны.

Выводы: Таким образом, проведено обследование дистопированных зубов на твердом небе, для диагностики привлечены различные специалисты (хирург-стоматолог, онколог, рентгенолог, ортопед-стоматолог), составлен комплексный план лечения и проведено поэтапное лечение. Благодаря продуманным этапам диагностики и лечения стоматологическое лечение было успешным и были предотвращены осложнения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОЛИВКОВОГО ПРОПОЛИСНОГО МАСЛА И МАЗИ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАДОНТИТА У РАБОЧИХ ХЛОПКООЧИСТИТЕЛЬНЫХ ЗАВОДОВ

Абдурахимов З.А., Жуматов У.Ж.

*Центр развития профессиональной квалификации медработников
Минздрава РУз и Наманганская областная стоматологическая
поликлиника, Ташкент, Узбекистан*

На сегодняшний день несмотря на техническую реконструкцию, механизацию и автоматизацию технологического процесса хлопкоочистительной промышленности, работники производства все ещё подвергаются воздействию комплекса экологически неблагоприятных факторов условий труда (пыль смешанного типа, пестициды, шум, вибрация, метеофакторы) представляющих потенциальную опасность для их здоровья.

Эти факторы оказывают отрицательное влияние на состояние здоровья рабочих, как в целом, так и на органы полости рта в частности (Н.Н. Жолматов, 2016; З.Ш. Кадырова, 2020; У.Ж. Жуматов и соавт., 2021).

Установлено, что среди рабочих Папского хлопкоочистительного завода (ПХОЗ) Наманганской области болезни парадонта, в частности парадонтиты встречаются в 1,2-1,6 раза больше ($p < 0,01$), чем в контрольной группе обследованных (административные работники, обслуживающий персонал завода).

Между тем, в настоящее время препараты пчеловодства (мёд, маточное молоко, прополис, воск, пчелиный яд) с большим успехом применяются для лечения различных заболеваний как апитерапия (И.Д. Кароматова и соавт., 2014; П.К. Игамбердиева и соавт., 2021).

Целью настоящего исследования было изучение эффективности применения апипрепаратов – оливкового прополисного масла и мази в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у рабочих.

Исследования проводились над 50 рабочими с пародонтитом в возрасте от 25 до 60 лет, получавших лечение оливковым прополисным маслом и мазью (основная группа). Контрольную группу составили 50 рабочих с пародонтитом того же предприятия

(административные работники, обслуживающий персонал завода) аналогичного возраста, получавших традиционное лечение.

Методика лечения обследованных заключалась в следующем. Вначале всем пациентам обучали гигиене полости рта и одновременно устраняли у них местные раздражающие факторы. Затем пациентам контрольной группы проводили обработку дёсен растворами перекиси водорода и хлоргексидина.

Пациентам основной группы после аналогичного лечения дополнительно наносилась оливковая прополисная мазь специальным аппликатором на поверхность воспаленной десны 3 раза в день без последующего полоскания. Первая аппликация проводилась врачом, а последующие – самими пациентами. Также эти же пациенты оливковое прополисное масло принимали внутрь по 1 чайной ложке на подогретом молоке 3 раза в день за 30 минут до еды в течение 12-15 дней для укрепления общего состояния.

Эффективность лечения у больных обеих групп оценивали по динамике клинических симптомов, результатов гигиенического индекса полости рта, проб Шиллера-Писарева и Кулаженко (степень воспаления и стойкости капилляров дёсен), по активности лизоцима и содержания иммуноглобулина А слюны.

На основании результатов клинико-функциональных и иммунологических исследований установлена высокая эффективность апипрепаратов-оливкового прополисного масла и мази, включенного в комплекс лечебных мероприятий у рабочих ПХОЗ, страдающих пародонтитом. Так, после 5-6 сеансов применения оливковой прополисной мази у пациентов основной группы значительно уменьшились отечность, гиперемия и кровоточивость десен. По цвету десна начинала приближаться к здоровой, десневые сосочки уплотнялись и прилежали к шейкам зубов. Гигиенический индекс полости рта снизился на 3,4 балла ($p < 0,001$) и степень воспаления десны по данным пробы Шиллера-Писарева снизилась, а стойкость капилляров десны по данным пробы Кулаженко повысилась на 21 сек ($p < 0,010$). Активность лизоцима слюны повысилась в 4 раза и содержание иммуноглобулина А слюны увеличилось в 1,5 раза ($p < 0,001$).

В то же время у пациентов контрольной группы нормализация слизистой дёсен наступала лишь на 14-16 дни от начала лечения. При этом гигиенический индекс полости рта и степень воспаления дёсны снизились незначительно ($p < 0,05$), стойкость капилляров десны, активность лизоцима слюны также повысилась незначительно

($p < 0,05$), а содержание иммуноглобулина А слюны практически не изменилось ($p > 0,05$).

Таким образом, как показали результаты проведенных клинико-функциональных и иммунологических исследований, что применение апипрепаратов оливкового прополисного масла внутрь и оливковой прополисной мази местно при комплексном лечении пародонтита у рабочих хлопкоочистительного завода является клинически более эффективным по сравнению с общепринятыми традиционными методами лечения. Поэтому апипрепаратов оливкового прополисного масла и мази можно рекомендовать для местного применения в комплексном лечении пародонтита среди рабочих хлопкоочистительных заводов.

КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОЙ ФОРМЫ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗОСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

БАБАЕВА Н.М., ИДИЕВ Г.Э.

*Бухарский государственный медицинский
институт имени Абу Али ибн Сино*

Актуальность. Клинические выделяют плоскую, веррикозную, эрозивно-язвенную, лейкоплакию курильщиков (Топпейнера), простую и мягкую формы лейкоплакии. Лейкоплакия слизистой оболочки полости рта относится к факультативным предраком степень вероятности и частота малигнизации которых четко не определены и по данным рахных исследований варьируют от 12 до 25 % (О.Ф.Рабинович и соавт., 2022; М.А.Нивеч, 2010; J. Lodi et al, 2016). Поэтому выявление ранних стадий патогенетическими особенностей развития лейкоплакии полости рта и проведение своевременного адекватного лечения имеет большое значение для предупреждения онкологического перерождения данного заболевания. До настоящего времени исследований связанных с использованием общей и местной озонотерапии в комплексном лечении с плоской формы лейкоплакии слизистой оболочки полости рта не проводилось.

Целью настоящего исследования является повышение эффективности лечения больных с плоской формой лейкоплакии слизистой оболочки полости рта путём применения общих и местной озонотерапии.

Материал и методы

Обследованы 20 пациентов с плоской формой лейкоплакии в возрасте от 30 до 60 лет обоего пола. Обследование начинали со сбора аналитических данных. У пациентов выяснили возраст, профессию, наличие вредных привычек, существующие хронический заболевание, наследственную обтягощенность, условия быта, гигиенический статус (чистит ли зубы, регулярность, применяемы части и как чистит), анамнез болезни (когда и в каком возрасте появились первые признаки заболевания), с чем связано их возникновение, обращался первые признаки заболевания, с чем связано их возникновение, обращался ли к врачу, если да, с помощью каких методов проводили лечение и насколько оно было эффективно).

Результаты исследований и их обсуждение

После проведенного лечения в основной группе обследованных ужу 2-3 сутки после озонотерапии с маслом шиповика у более половины пациентов отмечали исчезновение отёчности и жжение. В тоже время в контрольной группе пациентов получавших традиционные лечение отёчность и жжение в слизистой оболочки полости рта еще сохранились. На 15-30 дней наблюдения исчезли сероватые бляшки, а через 6 месяцев наблюдения исчезли втянутость, дискомфорт и тартовые участки которые определялись языком в слизистой оболочки полости рта. Это свидетельствует о более благоприятном влиянии применения озонированного масла шиповника, чем традиционного лечения у пациентов плоской формой лейкоплакии слизистой оболочки полости рта.

Как видно из данных таблиц 1, что в полости рта у пациентов с лейкоплакией отмечается иммунодефицит. Так титр лизоцима составляет с показатель фоцитоза - $45,80 \pm 1,11$ мг%, при норме $57,20 \pm 1,23$ мг %, уровень s Zg A - $1,51 \pm 0,03$, что фактически 1,2-2 раза ниже нормы. На 15-е сутки после лечения озонотерапией защитные факторы полости рта имеют тенденцию к активизации. Так титр лизоцима слюны составляет $20,32 \pm 0,49$ мг% (при норме $19,11 \pm 0,60$ мг%), по сравнению до лечения ($12,31 \pm 0,32$ мг%). Фитоцитарное активность нейтрофилов слюны составил $55,02 \pm 1,25\%$ (при норме $57,20 \pm 1,23\%$) при сравнении до лечения ($45,80 \pm 1,11$), а уровень s Zg A составил (при норме $3,01 \pm 0,11\%$), по сравнению до лечения - $1,51 \pm 0,03$.

Вывод. Таким образом, включение комплекс традиционного лечения плоской формы лейкоплакии и озонотерапии (внутривенное и местное) приводит к улучшению клинического состояния слизистой

оболочки полости рта и активизации неспецифических факторов местной защиты полости рта, которые сохраняются и через 6 месяцев после начала лечения.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ БАКТЕРИЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА

Бобровский Ю.О., Кондрашкова И.С.

*ФГБОУ ВО “Санкт-Петербургский государственный университет”,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
ООО “Медбазис”, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Оценка роли бактерий как этиологического и патогенетического фактора в развитии деструктивных заболеваний твердых тканей зубов представляет значительные трудности, поэтому совершенствование методов выявления возбудителей стоматологических заболеваний является актуальным. Наиболее распространенные заболевания полости рта, вероятно, вызваны многовидовыми сообществами, а не отдельными патогенами. Традиционным способом идентификации микроорганизмов является бактериологическая диагностика, включающая бактериоскопию материала, культуральные методы и идентификация по характеру ферментации субстратов. Применение же газовой хроматографии в биохимических целях сравнительно долго не получало должной оценки. Известно, что в процессе метаболизма бактерии производят низшие карбоновые кислоты, набор кислот является как бы «визитной карточкой» того или иного микроорганизма. Это способствовало появлению экспресс-метода на основе газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХМС). В основе метода лежит высокоточное определение специфических жирных кислот, входящих в состав клеточных липидов микроорганизмов. Микроорганизмы определяются в биологических объектах: крови, моче, биотопах, и в других жидкостях и тканях. К достоинствам метода относятся информативность, чувствительность, определение труднокультивируемых микроорганизмов, возможность расширять перечень определяемых химических маркеров-метаболитов – жирных кислот, альдегидов, стероидов.

На основе имеющейся методики (ГХМС) осуществлялась оценка химических маркеров стружки кариозного дентина. Для клинического исследования были отобраны практически здоровые пациенты в возрасте от 20 до 30 лет. Обследование включало опрос, осмотр,

зондирование, термодиагностику, перкуссию, рентгенографию. Гигиеническое состояние полости рта всех обследованных пациентов оценивалось по индексу Greene-Vermillion (ОHI-S) как удовлетворительное. Далее после сбора данных субъективного и объективного обследования лечение осуществляли только моляров верхней челюсти с диагнозом компенсированного первичного среднего кариеса I класса и с диагнозом компенсированного первичного среднего кариеса II класса по классификации G.V. Black. Лечение зубов и забор стружки кариозного дентина проводили на базе СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 20» (Санкт-Петербург) при наличии информированного согласия пациентов. Выполнялись профессиональная гигиена полости рта, анестезия, наложение коффердама. Препарирование кариозной полости проводили турбинным наконечником с водяным охлаждением в три этапа: раскрытие полости, некротомия, формирование стенок и дна кариозной полости. На этапе некротомии осуществляли забор стружки некротического дентина посредством стерильных поролоновых тампонов и стерильного пинцета. Тампоны укладывали в отдельные стерильные пустые пробирки типа «Eppendorf» и в тот же день доставляли в лабораторию. Исследование стружки некротического дентина проводили методом ГХМС на оборудовании системы 7820N-5975 Agilent Technologies (США) в лаборатории микробной хроматографии ООО «Медбазис» (Санкт-Петербург). Статистическую обработку результатов анализов проводили с помощью пакетов IBM SPSS Statistics (США). Все полости зубов после забора материала для исследования были обработаны 0,2% раствором хлоргексидина и восстановлены композиционным пломбировочным материалом.

За показатель нормы принимали содержание химических маркеров микроорганизмов в биотопе «ротоглотка». Отклонение от нормы приобретает клиническую значимость при изменении численности микроорганизмов вдвое. При сопоставлении полученных результатов анализа 20 образцов с нормальными значениями биотопа «ротоглотка» было выявлено превышение показателей по ряду параметров. Кариозный дентин обоих классов в сравнении имеет различие в микробиологическом разнообразии. При первом классе преобладают *Bacteroides hypermegas*, *Clostridium difficile*, *Clostridium ramosum*, *Eggerthella lenta*, *Nocardia asteroides*, *Prevotella* spp, *Pseudonocardia* spp, *Alcaligenes* spp, *Bacillus megaterium*, *Corineform CDC-group XX*, *Propionibacterium jensenii*, *Streptococcus pneumonia*,

Candida spp, *Micromycetes* spp. При втором классе преобладают *Bacteroides fragilis*, *Bifidobacterium* spp, *Clostridium perfringens*, *Eubacterium* spp, *Peptostreptococcus anaerobius* 18623, *Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus aureus*, *Streptomyces* spp, *Bacillus cereus*, Human alphaherpesvirus 1,2 (HHV-1,2). В стружке дентина зубов, пораженных кариесом I класса, наиболее многочисленны *Actinomyces viscosus*, *Clostridium perfringens*, *Streptococcus mutans*, *Corineform* CDC-group XX. В дентине зубов с кариесом II класса - *Actinomyces viscosus*, *Clostridium perfringens*, *Propionibacterium acnes*, *Streptococcus mutans*, *Bacillus cereus*. Прослеживается связь между топографией кариозной полости и особенностями состава колонизирующей микрофлоры. Вероятно, это связано с разностью насыщенности микроокружения кислородом, разной по продолжительности ретенции пищевых остатков и зубной бляшки, разностью в омывании поверхностей слюной как в фиссурах зубов, так и между зубами. Применение современных технологий для идентификации патогенов твердых тканей зуба позволит в будущем определить круг возбудителей, что будет способствовать повышению эффективности лечения стоматологических заболеваний и улучшать качество жизни пациентов.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Болтаева Мафтуна Муминовна

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Узбекистан

Введение Проблема профилактики и лечения заболеваний пародонта занимает одно из ведущих мест в современной стоматологии. Значимость этой проблемы определяется широкой распространенностью заболеваний пародонта во всем мире, тяжестью их течения, негативным влиянием на здоровье человека. В последнее время чаще отмечается тяжелое течение пародонтита, увеличилось число лиц с агрессивными формами пародонтита. В связи с тем, что лечение развившихся форм пародонтита требует значительных временных затрат специалистов, увеличивающихся по мере утяжеления процесса, полное обеспечение больных соответствующей лечебной помощью (в т.ч. медикаментозной) оказывается проблемой, которая не может быть решена ни в одной стране мира. В свою

очередь, фитопрепараты традиционно используют для ускорения процесса заживления после хирургического вмешательства и местного лечения заболеваний слизистой оболочки полости рта и пародонта. Все применяемые в стоматологии фитопрепараты условно, по опубликованным данным, можно разделить на 2 группы: 1-я — отвары и настои, экстракты (водно-спиртовые и масляные), настойки, соки; 2-я — фитопасты, фитопарафины, фитовзвеси, фитوماзи. Целевых лекарственных форм заводского происхождения на мировом и отечественном рынках представлено крайне мало. Чаще они классифицируются как биологически активные добавки или изделия медицинского назначения. Одним из известных отечественных фитопрепаратов фирмы «Салута» являются «Пластины-ЦМ». Производитель продукта «Пластины-ЦМ» заявляет несколько механизмов их лечебного действия - противовоспалительный, обезболивающий, антимикробный и др. Продукт предложено использовать для лечения пародонтита средней тяжести. Разработаны комбинированные антимикробные фитопрепараты для стоматологической практики в форме настойки и геля на основе лекарственной фитосубстанции с антимикробными и противовоспалительными свойствами «Пластины-ЦМ». В пропись препарата «Пластины-ЦМ» включены следующие виды растительного сырья: листья эвкалипта (*Eucalyptus viminalis* Labill.), трава эхинацеи пурпурной (*Echinacea purpurea* (L.) Moench.), цветки календулы (*Calendula officinalis* L.), кора дуба (*Quercus robur* L.), масло гвоздичного дерева (*Caryophyllus aromaticus* L.). Идея создания новых целевых лекарственных препаратов с применением инновационных технологий, базирующаяся на рациональном использовании комплексного фармакологического действия биологически активных соединений растительного происхождения на разные звенья патогенеза и клинические проявления воспалительных заболеваний пародонта, на наш взгляд, является достаточно актуальной.

Цель работы – анализ проблемы современной профилактики и терапии заболеваний пародонта.

Материалы и методы исследования Клинические обследование проводились в научно-исследовательском стоматологическом центре при Бухарском медицинском институте. Все больные распределены по группам по возрасту, полу, частоте соматической патологии, что позволило объективно оценить результаты клинических исследований.

Результаты исследования и их обсуждение Согласно современной точке зрения, основной причиной развития гингивита и пародонтита является микробная инфекция. Причем патологические изменения в пародонте могут возникнуть даже при определенном резком увеличении количества и обычных микроорганизмов, но особенно – при появлении в их составе, так называемых, пародонтопатогенных микробов, однако следует учитывать, что реализация патогенного воздействия микробных скоплений происходит только при условии резкого снижения местных и общих механизмов защиты. При заболеваниях пародонта чаще всего среди микроорганизмов полости рта определяются несколько видов бактерий. Особенностью действия этих анаэробов является то, что они выделяют чрезвычайно активные эндотоксины и ферменты, которые повреждают клетки и межклеточные структуры всех тканей пародонта, включая кость. Распространенность и частота заболеваний пародонта среди женщин 20-55 лет в 2 раза выше, (61,1 %), чем у здоровых (18,7 %).

Для решения данной проблемы в комплекс лечения включили один из известных отечественных фитопрепаратов фирмы «Салута» «Пластины-ЦМ». Производитель продукта «Пластины-ЦМ» заявляет несколько механизмов их лечебного действия - противовоспалительный, обезболивающий, антимикробный и др.

Пластины ЦМ (пластины на основе желатина) содержат в своем составе водорастворимые экстракты календулы, зверобоя, тысячелистника, солодки, шиповника, шалфея, комплекс витаминов группы С и В, минеральные вещества в составе морской соли. В результате пластины ЦМ обладают широким диапазоном действия (убивают более 20 патогенных микроорганизмов, включая вирусы, грибки и анаэробы).

Выводы. Изучение фармакологических аспектов использования данных биологически активных соединений», направленных на создание инновационных целевых лекарственных препаратов, на разработку новых технологических приемов обработки фармацевтических субстанций с использованием методологии механохимии, на развитие комплекса фармакологических исследований, в т. ч. доклинических. Данный путь развития фармацевтики предоставляет в распоряжение разработчиков практически неограниченные возможности, выглядит достаточно рациональным и малозатратным, т.к. нет необходимости заниматься полномасштабным научным поиском. В рамках данного научного

направления решаются и обозначенные выше практические задачи фармакотерапевтического обеспечения практической стоматологии. Грамотное использование современных препаратов растительного происхождения позволяет избавляться от основного и сопутствующих заболеваний без осложнений для организма пациента, а также своевременное профилактическое их применение позволяет предотвращать ухудшение и поддерживать длительное состояние ремиссии. При этом лечение фитопрепаратами производится без использования сильнодействующих синтетических препаратов или позволяет значительно снизить их количество.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Болтаева Фазолат Муминовна

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

В последнее время существенно улучшились методы стоматологической реабилитации взрослых людей, страдающих различными заболеваниями органов и тканей полости рта, что связано с внедрением в практическую стоматологию новых технологий, оборудования, инструментов и материалов. В то же время, неизбежные трудности возникают при лечении заболеваний зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта у пациентов, страдающих различными заболеваниями внутренних органов. Так, при проведении стоматологических лечебно-профилактических мероприятий у пациентов, страдающих заболеванием желудочно-кишечного тракта, важным является не только обеспечение эффективности проводимой терапии в связи с наличием соматической патологии, но и профилактики осложнений, обусловленных хроническими очагами одонтогенной инфекции (ХООИ). Эффективная санация полости рта больных с заболеванием желудочно-кишечного тракта, отсутствие у них ХООИ благоприятно сказывается на эффективности лечения соматической патологии, а также положительно влияет на качество жизни таких больных.

На основании клинических, инструментальных, функциональных, лучевых, лабораторных, аналитических и статистических методов. В начале исследования изучена частота встречаемости и интенсивность течения основных стоматологических заболеваний у людей, страдающих заболеванием желудочно-кишечного тракта, определены характер индивидуальной гигиены полости рта и уровень оказания стоматологической помощи таким пациентам. Затем была проведена сравнительная оценка морфологического строения и химического состава твёрдых тканей зубов, а также клинко-функциональная оценка тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта у лиц, страдающих желудочно-кишечного тракта.

На завершающем этапе работы, на основании исследования влияния санации полости рта на состояние мукозального иммунитета у больных, страдающих желудочно-кишечного тракта, усовершенствованы стоматологических лечебно-профилактические мероприятия, позволяющие улучшить показатели стоматологического.

Изучение стоматологической заболеваемости у лиц, страдающих заболеванием желудочно-кишечного тракта, показало, что её показатели существенно не отличались от аналогичных, полученных при обследовании лиц контрольной группы. Так, частота встречаемости кариеса и некариозных поражений зубов у лиц, страдающих заболеванием желудочно-кишечного тракта составила, соответственно, 95,65% и 97,22%. В тоже время при заболевании желудочно-кишечного тракта люди чаще страдали некариозными поражениями твёрдых тканей зубов (клиновидные дефекты, повышенная стираемость зубов, гиперестезия зубов), соответственно, в 28,26% и 32,43% случаев ($p \leq 0,05$). Существенных различий в интенсивности течения кариозного процесса при заболевании желудочно-кишечного тракта, по сравнению с контрольной группой, не установлено. На каждого обследованного из лиц, страдающих заболеванием желудочно-кишечного тракта приходилось, соответственно, $0,72 \pm 0,09$ ($p \leq 0,05$) и $0,63 \pm 0,07$ ($p \geq 0,63$) зуба с хроническими периапикальными очагами одонтогенной инфекции. Так, при заболевании желудочно-кишечного тракта индекс КПУ составил $11,7 \pm 1,03$ (К – $3,5 \pm 1,07$; П – $5,1 \pm 0,88$; У – $3,1 \pm 1,02$), а при ХП – $12,2 \pm 0,84$ (К – $2,9 \pm 0,84$; П – $6,7 \pm 0,74$; У – $2,6 \pm 0,60$). Пациенты, страдающие заболеванием желудочно-кишечного тракта, нуждались в лечении и протезировании зубов, соответственно, в 69,57% и 52,17% случаев и

70,27% и 54,05% случаев. Как и у лиц контрольной группы, у больных заболеванием желудочно-кишечного тракта отмечен удовлетворительный уровень оказываемой им стоматологической помощи. Показатель индекса УСП для пациентов, страдающих заболеванием желудочно-кишечного тракта, составил, соответственно, 52,17% и 54,05%. Низкий уровень стоматологической помощи.

Заключение. В ходе исследования было показано, что у взрослых людей, страдающих заболеванием желудочно-кишечного тракта, особенности морфологического строения твердых тканей зубов определяются патологическими изменениями кариозного и некариозного характера. При заболевании желудочно-кишечного тракта наблюдается понижение уровня минерализации как в эмали, так и в дентине. Использование реминерализующей терапии в течение 6 недель значительно способствует повышению Са/P – коэффициента в эмали зубов больных с заболеванием желудочно-кишечного тракта.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ СИНДРОМА ЖЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА

Борисова Э.Г.^{1,2}

*¹Военно-медицинская академия им.
С.М. Кирова, Российская Федерация*

*²Санкт-Петербургский государственный университет,
Российская Федерация*

Синдром жжения полости рта (СЖПР) представляет собой клинический феномен, который проявляется жжением и болью, как правило, не сопровождающейся поражением слизистой оболочки языка.

В большинстве случаев проблемы диагностики СЖПР объясняются довольно сложной, с наличием многочисленных иннервационных взаимосвязей, многоуровневой системой рецепции лица и полости рта, нарушения в которой часто приводят к изменению болевых ощущений и распространению боли. Необходимо отметить, что из-за высокой персональной значимости, патологические процессы области языка и полости рта, нередко

усугубляются различной неврологической симптоматикой, что также значительно усложняет постановку диагноза.

Одним из социальных аспектов СЖПР является бесконтрольный прием обезболивающих и седативных средств, самолечение больных, что часто приводит к хронической интоксикации организма и лекарственной зависимости.

Пациенты с СЖПР ходят порой по замкнутому кругу: от стоматолога к терапевту, от терапевта к неврологу или психиатру, вновь возвращаясь к стоматологу. Вместе с тем, наблюдается резистентность СЖПР к используемым в практике лечебным мероприятиям, чем обуславливается необходимость поиска современных, более эффективных методов лечения данной патологии.

Цель исследования: повышение качества диагностики и эффективности комплексного этиопатогенетического лечения СЖПР на основании изучения психоэмоционального, стоматологического статусов пациентов, а также функциональных и структурных показателей языка.

Результаты и их обсуждение. Первым принципом явилось оказание квалифицированной стоматологической помощи: лечение у терапевта-стоматолога кариеса и его осложнений, заболеваний пародонта, рациональное протезирование и, при необходимости, консультации и лечение у стоматолога-гнатолога.

Важным принципом являлась консультации и параллельное лечение (при необходимости) у специалистов сопутствующего соматического заболевания и психиатра с последующим выполнением их рекомендаций по лечению. Обязательным принципом является медикаментозная терапия, начинающаяся с назначения психотерапевтических препаратов после консультации с психоневрологом, сочетающих назначение антидепрессантов нового поколения (СИОЗ). Важным и обязательным принципом, подтвержденным тремя патентами, являются сеансы ДЭНС-терапии либо лазеротерапии, в том числе арикулотерапии (по разработанным нами методикам). Эти методы обеспечивают обезболивающий эффект посредством активации структур антиноцицептивной системы, снижая психологическое напряжение и мышечный тонус.

Принципиальным в терапии СЖПР мы считаем включение еще двух пунктов: устранение канцерофобии, направленное на устранение внутреннего психологического конфликта, на мобилизацию

естественных возможностей пациента с СЖПР, способных изменить ставшее уже привычным «болевое» поведение (психологические беседы с пациентом и родственниками); Индивидуальные занятия лечебной физкультурой, помогающей увеличить уровень физической активности, способствующей улучшению микроциркуляции, нормализации психологического фона пациента и социальной адаптации.

Исходя из наших многолетних наблюдений и клинического опыта, мы придерживались мнения, что глоссодиния является синдромом нарушения регуляторной функции надсегментарных структур вегетативной нервной системы, лимбико-ретикулярного комплекса и патологической импульсации, идущей от зубочелюстной системы к чувствительным анализаторам и вегетативным структурам. Поэтому решили направить наши усилия на устранение патологических импульсов, идущих от очагов раздражения, а также на нормализацию регуляторной функции вегетативной и анимальной нервной системы, улучшение психоэмоционального состояния пациентов. Для этого мы впервые пациентам с диагнозом «Глоссодиния» назначали анксиолитик Адаптол, являющийся близким по химической структуре к естественным метаболитам организма, по 1 таблетке (500 мг) 3 раза в день в течение месяца. Этот препарат действует на активность структур, входящих в лимбико-ретикулярный комплекс, в частности, на эмоциогенные зоны гипоталамуса, а также оказывает действие на все 4 основные нейромедиаторные системы: ГАВА-, холин-, серотонин- и адренергическую, способствуя их сбалансированности и интеграции, но не оказывает периферического адреноблокирующего действия. Устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, внутреннее эмоциональное напряжение и раздражительность. Успокаивающий эффект не сопровождается миорелаксацией и нарушением координации движений, не снижает умственную и двигательную активность, поэтому препарат можно применять в течение рабочего дня.

Нейромультивит по 1 табл. 3 раза в день в течение двух недель. Витамины группы В активно участвуют в процессах проведения нервного возбуждения в синапсах и необходимы для нормального функционирования центральной и периферической нервной системы.

Причиной возникновения жгучей постоянной боли считают нарушения центрального торможения ноцицептивных нейронов. Данное торможение опосредуется как спинальными, так и супраспинальными механизмами. В спинном мозге контроль за возбудимостью ноцицептивных нейронов осуществляют – ГАМК и глицин. Нисходящее супраспинальное торможение реализуется серотонин-, норадреналин- и опиоидергическими нейротрансмиттерными системами. В связи с этим, назначение трициклических антидепрессантов, блокирующих обратный захват серотонина и норадреналина будет эффективно подавлять жгучую постоянную боль.

Наши наблюдения показали, что медикаментозная терапия обладает удовлетворительным терапевтическим действием (снижение интенсивности жалоб и улучшение общего состояния) только у пациентов, которые впервые обратились к нам в клинику по поводу болевого синдрома в языке в течение нескольких месяцев от начала заболевания и имеющих эмоционально стабильную психику.

Поэтому для закрепления терапевтического эффекта медикаментозного лечения назначалась либо лазеротерапия, либо электронейростимуляция. Красный свет лазерного излучения имеет специально подобранные характеристики. При его применении запускается цепочка биологических реакций, вследствие которых в клеточной ткани многократно ускоряется обмен веществ. Из совокупности биологических воздействий на субклеточном, клеточном, тканевом, системном уровне и складывается лечебно-профилактическое действие лазеротерапии. В результате улучшается микроциркуляция в тканях языка.

Выводы. Обследование пациентов с СЖПР должно быть комплексным и включать консультации стоматолога – хирурга, стоматолога-гнатолога, невролога, гастроэнтеролога, терапевта. Обоснованием этого является множество факторов, провоцирующих течение СЖПР. При лечении СЖПР целесообразно изучить функциональные и лабораторные показатели пациентов: рН ротовой жидкости, бактериоскопию, Лазерную доплеровскую флоуметрию, электрогустометрию, электромиографию. В комплексном лечении СЖПР с целью активации кровотока, нормализации метаболических процессов, уменьшения болевой и парестетической симптоматики необходимо проводить лазеро- или электронейростимуляционную терапию.

ПРОСТО О СЛОЖНОМ. АЛГОРИТМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО- ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

Гордеева В.А., Кулик И.В., Рубежов А.Л., Лордкипанидзе М. В.

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия
ООО «Клиника Классика», Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность. Воспалительные заболевания слизистой оболочки рта часто проявляются эрозивно-язвенными поражениями различной этиологии. Эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки рта (СОР) являются одной из актуальнейших проблем в клинической практике врача-стоматолога из-за широкой распространенности, трудностей диагностики и лечения, связанных с наличием у пациентов сопутствующей общесоматической патологии, которая может служить этиологическим фактором развития заболевания и поражения полости рта. К таким состояниям относятся эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая, хронический рецидивирующий афтозный стоматит, герпетический стоматит, десквамативный стоматит, травматические эрозии, вульгарная пузырчатка и др.

Всем пациентам, конечно же, показано этиологическое лечение, однако необходимо и применение средств симптоматической терапии, снижающих болевые ощущения и ускоряющих процессы регенерации вне зависимости от этиологии вызвавшего эрозивное поражение заболевания. Было проведено исследование свойств препаратов местной терапии, содержащих бензидамин и определены их противовоспалительный, эпителизирующий и анестезирующий эффекты.

Цель исследования.

1. Выявить частоту встречаемости ошибок в диагностике нозологических форм заболеваний с эрозивно-язвенными поражениями СОР врачом - стоматологом на первичном амбулаторном приеме.

2. Оценить клиническую эффективность препаратов, содержащих бензидамин для местного применения у пациентов при лечении воспалительных заболеваний слизистой оболочки рта.

Материалы и методы исследования.

В соответствии с целью и задачами работы, для определения распространенности ошибок в проведении диагностики заболеваний с эрозивно-язвенными поражениями СОР врачом - стоматологом на первичном приеме был проведен анализ структуры заболеваний слизистой оболочки рта с 2019 по 2024 г.г. включительно. Была изучена 1521 медицинская карта амбулаторных больных, обратившихся на консультацию и лечение на кафедру клинической стоматологии и стоматологии общей практики.

Для анализа были выбраны амбулаторные карты только тех пациентов, у которых диагноз был точно установлен и проведен курс лечения по поводу заболевания слизистой оболочки рта.

Изучалось анальгезирующее, противовоспалительное и эпителизирующее действие лекарственных препаратов, содержащих бензидамин при лечении некоторых эрозивно-язвенных заболеваний слизистой оболочки рта.

В исследовании принимали участие 2 группы пациентов (30 человек) в возрасте 35-55 лет. В основную группу (20 человек) вошли пациенты с заболеваниями слизистой оболочки рта, сопровождающимися эрозивно-язвенными поражениями. Все пациенты основной группы использовали препараты, содержащие бензидамин на область эрозивно-язвенного поражения. У остальных 10 пациентов (группа сравнения) лечение проводилось согласно общепринятым методикам и стандартам, включающим антисептические и эпителизирующие средства в течение того же времени.

Пациентам основной и группы сравнения для *определения интенсивности воспалительного процесса* проводилась проба Шиллера-Писарева и аутофлюоресцентная стоматоскопия аппаратом АФС-400 до и после курса лечения.

Для оценки анестезирующего, противовоспалительного и эпителизирующего действия изучаемых препаратов проводилось их нанесение на участок пораженной слизистой оболочки пациентам из основной группы и отмечалось время начала и окончания эффекта. В качестве контроля эффективности лечения, проводимого пациентам

основной группы, препараты, применяющиеся в терапии по общепринятым методикам и стандартам, наносились на слизистую оболочку лицам группы сравнения.

Общее лечение в обеих группах проводилось одновременно с местными мероприятиями, оно включало консультации с врачами общего профиля (при развитии заболевания слизистой оболочки рта на фоне общесоматических болезней).

Результаты. Проанализировав амбулаторные карты пациентов, страдающих эрозивно-язвенными поражениями СОР, обратившихся на консультацию на кафедру клинической стоматологии и стоматологии общей практики с 2019 по 2024 г., можно сделать вывод, что количество ошибок, при постановке диагноза врачом-стоматологом на первичном осмотре составило 46%.

Из данных проведенных исследований по оценке анестезирующего, противовоспалительного и эпителизирующего действия изучаемых препаратов следует, что в основной группе анестезирующий эффект оценивался всеми пациентами как длительный и быстронаступающий, а также наблюдалась положительная динамика клинических симптомов и сроков эпителизации, что свидетельствовало о существенном снижении уровня воспаления и ускорении эпителизации в 1,5-2 раза по сравнению с группой сравнения.

Вывод. Анализ 1521 амбулаторных карт пациентов, обратившихся на кафедры с 2019 по 2024 г.г., показал, что эрозивно – язвенные поражения СОР являются довольно распространенным поражением, их распространенность составила 38% от общего числа пациентов с заболеваниями СОР. При этом количество неверных диагнозов, поставленных врачом-стоматологом на первичном осмотре составило 46%, что может говорить о трудностях с проведением дифференциальной диагностики, связанных зачастую с отсутствием четких патогномоничных признаков эрозивно-язвенных поражений СОР.

Используемые препараты, содержащие бензидамин, продемонстрировали хороший лечебный эффект, проявляющийся в положительной динамике клинических симптомов и уменьшении сроков эпителизации, и, следовательно, могут быть рекомендованы к широкому клиническому применению у пациентов с эрозивными поражениями слизистой оболочки рта.

АБУ АЛИ ИБН СИНО О ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Жуматов У.Ж.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Минздрава РУз, Ташкент, Узбекистан.

В нашей стране забота о здоровье человека является приоритетным и одной из первоочередных задач. Об этом свидетельствует последнее Постановление Президента Республики Узбекистан уважаемого Ш. М. Мирзияева от 6 сентября 2023 года, “О мерах совершенствования деятельности Министерства Здравоохранения Узбекистан”, где особо подчеркнуто о первостепенном профилактическом направлении сегодняшней медицинской службы республики.

Еще в средневековье великий мудрец медицины Абу Али ибн Сино (Авиценна) был первым первопроходцем профилактического направления в медицине.

В «Каноне врачебной науки» он последовательно проводит мысль о предохранении организма от заболеваний, о роли физических упражнений в укреплении здоровья, о роли закалывания организма естественными физическими факторами (солнце, воздуха, вода), а потом излагал вопросы возрастной гигиены, гигиены жилища и питания.

Как известно, итогом врачебной деятельности Авиценны стала фундаментальная работа, энциклопедия по медицине в 5 томах – книга “Канон врачебной науки”. Данная работа состоит всего из пяти томов: 1 том- медицинская наука (описание острых и хронических заболеваний, в этом числе и стоматологических), и их диагностика, лечение и профилактика; 2 том -рассказы о простых лекарствах природного происхождения; 3 и 4 тома – рекомендации по лечению и профилактике болезней человеческих органов; 5 том описание свойств сложных лекарств самостоятельного приготовления Авиценны.

Установлено, что некоторые стоматологические заболевания, в частности, зубная боль возникает неожиданно и застает нас беспомощными и неподготовленными. Возникает боль из-за изменений тканей зуба и околозубных тканей, при возникновении

воспалительных изменений надкостницы, челюстей или мягких тканей пародонта, которые окружают челюстей, а также при невралгиях тройничного нерва.

Конечно, основная роль в лечении и профилактике указанных патологии принадлежит врачу-стоматологу, но в качестве скорой помощи полезно использовать лекарственные свойства растений. Ведь они как бы не сильна зубная боль, но не всегда есть возможность обратиться к врачу. И вот тогда часто под рукой оказываются домашние растительные средства, которые и избавят от нестерпимой боли.

По высказыванию Авиценны самыми эффективными средствами против зубной боль являются корень подорожника, листья душицы и жгучий красный перец. Также рекомендуется жевать корень цикория и гвоздику.

При зубной боли также применяются прополис, березовые листья и почке.

При этом небольшой кусочек ватного тампона, смоченный спиртовой настойкой прополиса, березовых листьев или почек, вводят в очищенную полость зуба и боль сразу прекращаются.

Хорошо снимают зубную боль также разжёванный лист каланхоэ и настойки зверобоя.

Для лечения воспалительных заболеваний тканей пародонта и слизистой оболочки полости рта отварами из шалфея, одуванчика, календулы и ромашки 3-4 раза в день.

Следует отметить, что очень неприятным осложнением болезней десен и зубных отложений является неприятный запах изо рта (озена). По высказыванию Авиценны от него можно избавиться, прополоскивая ротовую полость после приема пищи и на ночь раствором меда (1 столовая ложка на стакан теплой воды). Регулярное проведение таких процедур обычно способствует к улучшению трофики десен, тем самым предупреждает дальнейшего развития болезней пародонта.

Абу Али ибн Сина в свое время отметил, что здоровые зубы-это не только красивая улыбка, но и возможность тщательно пережевывать пищу и в итоге сохранить здоровья и предупредить развития многих заболеваний желудочно-пищечного тракта. Авиценна был первопроходцем профилактического направления не только в медицине в целом, но и стоматологических заболеваний в

часности и он для этого последовательно проводил мысль о предупреждении организма от общесоматических заболеваний, о роли правильного образа жизни населения, физических упражнений в укреплении здоровья, возрастной гигиены и диеты, гигиены жилища и питания.

Ибн Сина считал, что для каждого органа имеются особые упражнения, по этому он описывал упражнения для зрения, слуха, горла, даже для вкуса, тканей пародонта и зуба. Так, и каноне врачебной науки он последовательно подчеркнул в предупреждении организма от общесоматических заболеваний и еще раз о роли физических упражнений в укреплении здоровья, излагая вопросы возрастной гигиены и диеты, гигиены жилища и питания.

Большое внимание Ибн Сино уделял физическим упражнениям, называл их самым главным условием сохранения здоровья, а потом режим питания и сна.

Во имени Абу Али ибн Сина в нашей республике создан общественный фонд, ордена и медали.

Таким образом на основании ситуационного анализа литературных данных Абу Али ибн Сина о заболеваниях полости рта можно заключить, что, своевременное и правильное назначение препаратов из лекарственных растений в комплексе с физическими упражнениями приводит к долгосрочной положительной стабилизации состояния органом и тканей полости рта и предупреждению стоматологических заболеваний.

ПРИМЕНЕНИЕ ДЕПОЗОРЕЗА ГИДРООКИСИ МЕДИ КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА

Жуматов У.Ж., Хабибназаров П.Р.

*Центр развития профессиональной квалификации медработников
Минздрава РУз, Ташкент, Узбекистан*

Проблема лечения хронического верхушечного периодонтита с трудно- и непроходимыми корневыми каналами зубов является одной из важных и не полностью решенных вопросов в практике современной стоматологии (Л.А. Дмитриева и соавт., 2015; Ю.М. Максимовский и соавт., 2018; У.Ж. Жуматов и соавт., 2018). Это,

прежде всего, связано со значительной распространенностью неудач и осложнений при лечении, основными причинами которых является недостаточная дезинфекция непроходимой и плохопроходимой части корневого канала (Е.В. Боровский, 2010; Л.А. Дмитриева и соавт., 2015; У.Ж. Жуматов и соавт 2018., R. D. Paola et. al., 2018).

Между тем, в последние годы при лечении хронического верхушечного периодонтита (ХВП) нашёл широкое применение относительно новый инновационный метод-депофорез гидроокиси меди кальция (купрал) зубов, предложенный немецким учёным А. Кнаппвостом ещё в начале XXI века нашего столетия. При этом вещество, проникая на места поражения под воздействием тока, разлагает любые источники инфекции (в т.ч. некротизированные остатки пульпы).

Также перспективность применения этого метода при деструктивных формах ХВП обусловлена тем, что он полностью дезинфицирует дополнительные плохо-или непроходимые корневые каналы и ответвления, а также обладает выраженной антибактериальной активностью особенно на анаэробную микрофлору проблемных корневых каналов зубов, что не удаётся с помощью обычных традиционных способов.

В связи с вышеизложенными мы поставили перед собой цель – повышение эффективности лечения ХВП зубов с проблемными корневыми каналами с использованием депофореза гидроокиси меди-кальция.

Нами проведено обследование и лечение 102 пациентов в возрасте от 30 до 60 лет с гранулирующим и гранулематозным формами ХВП в 132 зубах. Пациенты в зависимости от вида применяемого лечения распределялись на 2 группы.

Зубы (в 68 зубах) первой группы 52 пациентов (контрольная группа) лечили традиционным способом.

Зубы (в 64 зубах) второй группы 50 пациентов (основная группа) лечили депофорезом гидроокиси меди-кальция на аппарате “Original II” (Германия). Всем пациентам независимо от вида лечения дважды до и по окончании курса лечения проводили бактериологическое изучение содержимое корневых каналов, рентгенологическое исследование периодонта и электроодонтодиагностика (ЭОД) с устьев корневых каналов.

Как показали результаты проведенных исследований, что у 20 (38,4%) пациентов, получивших традиционное лечение, на 7-14 день

наблюдались различные осложнения в виде болевого ощущения и гиперемия десен в области леченных зубов.

А при применении депофореза корневых каналов зубов аналогичные осложнения отмечались лишь у 8 (16%) пациентов, то есть в 2,4 раза ($p < 0,01$) меньше. При выявлении осложнений пациентам назначали анальгетики, противовоспалительные средства (аспирин, парацетамол) и физиотерапию (УВЧ-терапия, флюктуоризация) строго по показаниям.

Данные отдаленных (на 6 и 12 месяцы) рентгенологических исследований показали, что при традиционном лечении число положительной рентгенологической картины (уменьшение периодонтальной щели и разрежения костной ткани, уплотнение кортикальной пластинки альвеолярных отростков) по периапикальному индексу – PAI (D. Qrstuvik et all., 1986), наблюдалось в 13 (26%) случаев на 6 мес и 8 (15,3%) случаев на 12 мес.

В то время при депофорезе эти показатели составляли соответственно 26 (52%) и 18 (36%) и они достоверно ($p < 0,01-0,001$) отличаются от традиционного лечения и превышают последний по своему лечебному эффекту в 2,0-2,3 раза.

Таким образом, на основании результатов исследования показали, что лечение хронического верхушечного периодонтита с трудно- и непроходимыми корневыми каналами зубов депофорезом гидроокиси меди кальция являются наиболее эффективным методом локального апикального воздействия корневых зубов по сравнению с традиционным методом лечения заболевания.

При этом применение депофорезом гидроокиси меди-кальция оказывает в 2,0-2,3 раза эффективное влияние на состояние периапикальных тканей зубов, чем традиционный, что выражается в уменьшении число осложнений, ускорении процесса регенерации костной ткани в области верхушечного периодонта и тем самым в уменьшении числа посещений пациента в стоматологические клиники.

Нами также установлено, что ближайшие и отдаленные результаты эндодонтического лечения хронического верхушечного периодонтита с проблемными корневыми каналами зубов с использованием депофореза гидроокиси меди кальция по нашим данным можно оценить как положительный и рекомендовать их применение в практику клинической стоматологии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Курбанова.Н.И.

*Бухарский государственный медицинский институт
PhD доцент кафедры терапевтической стоматологии.*

✓ *Резюме,*

С учетом проведенного анализа имеющихся современных исследований, в статье обобщены этиопатогенетические аспекты стоматологических заболеваний в период беременности, отражены факторы, оказывающие влияние на стоматологический статус беременных женщин. Описаны особенности клинического течения стоматологических заболеваний в зависимости от характера течения беременности. Представлены данные о распространенности и интенсивности кариеса и заболеваний пародонта во время беременности. Приведена схема стоматологического обследования и диспансеризации беременных женщин. Предложена схема лечебно-профилактических мероприятий, составленная на основании обзора последних научных публикаций, предназначенная для улучшения стоматологического здоровья в период беременности и антенатальной профилактики кариеса зубов у детей с использованием эндогенных и экзогенных средств и методов профилактики и лечения.

Ключевые слова: стоматологический статус беременных, профилактика.

Abstract. According to the analysis of modern scientific researches the aetiopathogenetical aspects of dental diseases at the pregnant women as well as the facts having influence status of pregnant women are summarized in the article. Also the peculiarities of dental diseases clinical process depending on the character of pregnancy are considered. The data about the caries prevalence and intensity and periodontal diseases during the pregnancy are given. The article demonstrates the scheme of dental check-up and clinical examination of pregnant women. The measures on prophylaxis dental diseases worked out according to the latest scientific publications are suggested.

Key words: dental status of pregnant women, prophylaxis.

Актуальность

Беременность является критическим периодом для стоматологического здоровья женщины и характеризуется изменением уровня и структуры заболеваний полости рта. В настоящее время стоматологические заболевания во время беременности формируют отдельное звено в кариеологии и в периодонтологии за счет особенностей клиники и влияния общего состояния организма. При беременности повышается патогенность флоры полости рта за счет усиления пролиферации условно-патогенных микроорганизмов. Интенсивность и распространенность кариеса зубов и заболеваний периодонта в период беременности увеличивается, что отмечается многими исследователями на протяжении длительного промежутка времени. До сих пор отсутствуют конкретные схемы этиопатогенетического лечения и профилактики кариеса зубов и болезней периодонта в период беременности. Стоматологический статус беременных женщин характеризует низкий уровень стоматологических знаний, отсутствие мотивации к профилактике стоматологических заболеваний и гигиене полости рта. Профилактика заболеваний, так же как и патогенетическая терапия, предполагает прежде всего знание их этиологии и патогенеза.

Гормональный статус беременных женщин в аспекте этиопатогенеза стоматологических заболеваний. Ряд учёных придерживается мнения о связи стоматологического статуса с гормональными сдвигами в организме беременных женщин. К концу I триместра между организмами матери и плода устанавливается сложный обмен гормонов. Формирующаяся к этому времени плацента начинает продуцировать большое количество гормонов белковой и стероидной природы, в 10-100 раз превышающее суточную продукцию гормонов классическими эндокринными железами.

Иммунологический статус беременных женщин в аспекте этиопатогенеза стоматологических заболеваний. Во время беременности организмы матери и плода тесно связаны между собой и плацентой. Это допускает обмен клеток и обуславливает перестройку иммунокомпетентных органов беременности, функции которых выполняются преимущественно двумя типами клеток. При исследовании клеточного иммунитета у женщин в I триместре физиологически протекающей беременности установлено снижение

относительного и абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов, снижение уровня Тхелперов и выраженная неспецифическая Т-клеточная супрессия. Кроме того, отмечается достоверное увеличение уровня иммуноглобулина G (IgG) и некоторое снижение иммуноглобулина А (IgА.), по сравнению со здоровыми небеременными женщинами. Снижение количества Т-лимфоцитов в ранние сроки беременности, повидимому, направлено на предотвращение реакций, связанных с отторжением генетически чужеродного плода. Падению уровня Т-лимфоцитов (субпопуляции Т-хелперов) до минимума предшествует пик содержания хорионического гонадотропина, оказывающего иммуносупрессивное действие [20, 21, 22]. При гестозах, развивающихся вследствие истощения нейроэндокринной системы, иммунных сдвигов в организме матери и плода, несостоятельности маточно-плацентарного барьера, генетического конфликта, осложняющих течение беременности, наблюдается общая Т-лимфопения, а также закономерное снижение количества активных Т- и В-лимфоцитов при нарастании тяжести позднего токсикоза.

Факторы, оказывающие влияние на стоматологический статус беременных женщин К факторам, оказывающим непосредственное или опосредованное влияние на структуру стоматологических заболеваний в период беременности относятся: демографические, социальные критерии, возраст, уровень образования, профессиональная принадлежность, срок и количество беременностей, общесоматическая патология, наследственность, наркотическая и алкогольная зависимость, прием лекарственных препаратов. На риск возникновения кариеса влияют экстремальные факторы: радиационный фон, техногенное загрязнение, использование пестицидов и др. Кроме того, негативные изменения в состоянии здоровья беременных связаны с изменениями за последние годы социальных факторов – ухудшением условий жизни, питания, длительным эмоционально-психологическим напряжением. С увеличением количества беременностей увеличивается интенсивность кариеса и воспалительных заболеваний периодонта. Было установлено, что при искусственном прерывании беременности на 8-12 неделях у женщин происходит увеличение прироста кариеса зубов за год в 2,4 раза по сравнению с небеременными. Распространённость и интенсивность кариеса зубов у женщин, имевших две беременности

и более, увеличивается в зависимости от возраста . Клиническое течение стоматологических заболеваний во время беременности При физиологическом течении беременности распространенность кариеса зубов составляет 91,4%, поражение ранее интактных зубов (с преобладанием острого течения кариозного процесса) - у 38% беременных пациенток. Значительно более тяжелое течение имеют поражения ротовой полости при гестозах беременности. При позднем гестозе распространенность кариеса увеличивается до 94% и интенсивность поражения зубов до 7,2-10,9. Клинической особенностью течения кариозного процесса, особенно при поздних гестозах беременных, является острое течение, которое приводит в короткие сроки к развитию осложненного кариеса. Результаты ряда исследований показали, что распространенность кариеса временных зубов у детей, матери которых перенесли гестозы I и II половины беременности, составляет 76,5% и 74,3% при интенсивности поражения 5,5 и 5,2. В то же время у детей, которые родились при физиологическом течении беременности, эти показатели равняются 58,81% и 3,8. Распространенность кариеса постоянных зубов у детей, матери которых перенесли ранние гестозы, составляет 75,5% при интенсивности кариеса 3,9, поздние гестозы – соответственно 88,1% и 4,4 . Интерес представляют данные о состоянии периодонта в период беременности. У женщин уже на втором-третьем месяцах беременности при физиологическом течении беременности наблюдается так называемый гингивит беременных (от 45% до 63%). При гестозах II половины беременности заболевания периодонта достигают 100% случаев; значительно чаще встречаются тяжелые формы гингивита. Первые клинические признаки гингивита беременных наиболее часто возникают на третьем (16,99%) - четвертом (14,52%) месяцах беременности. В ходе беременности гингивит непрерывно прогрессирует и протекает подостро по типу разлитого катарального (54,57%) или гипертрофического (45,43%) воспаления и характеризуется ярко-красной окраской воспалённой десны, выраженной кровоточивостью и отёчностью пришеечной слизистой. Во II половине беременности наблюдается заметный сдвиг рН в кислую сторону и имеет значение рН на 0,64 ед. кислее, чем у небеременных. Наименьшие значения водородного показателя отмечены у женщин во II и III триместрах беременности, а также у женщин с токсикозом первой половины беременности. Концентрация

водородных ионов в полости рта влияет на активность ферментов слюны, процессы минерализации и реминерализации эмали, микроциркуляцию, активность микрофлоры, специфическую и неспецифическую резистентность тканей полости рта. К наибольшей дестабилизации рН в полости рта ведёт метаболическое расщепление микрофлорой углеводов содержащих продуктов - так называемый метаболический взрыв. Пик этого взрыва приходится на места скопления микроорганизмов - зубной и язычный налёт. Наряду с пищевыми продуктами и микрофлорой на величину рН в полости рта влияет эффект разведения слюной, ионообмен в системах «ротовая жидкость - эмаль» и «ротовая жидкость - зубной налёт» и функциональная активность слюнных желёз. Закисление слюны приводит к увеличению интенсивности кариеса (КПУ), ухудшению гигиенического состояния и усугубляет течение воспалительных процессов в тканях пародонта. Это заставляет задуматься о способах и возможностях коррекции рН ротовой жидкости. Стоматологическое обследование, лечение и профилактика стоматологических заболеваний в период беременности Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта у беременных преследует двоякую цель: улучшить стоматологический статус женщины и осуществить антенатальную профилактику кариеса зубов детей. Мероприятия по профилактике стоматологических заболеваний должны начинаться с момента первого появления женщины в женской консультации и организуются с учётом степени тяжести стоматологических заболеваний и течения беременности. Стоматологическое обследование женщины рекомендуется проводить в 6-8, 16-18, 26-28 и 36-38 недель беременности; лечение и удаление разрушенных зубов - до беременности, если же этого не произошло, то в срок 3-6 месяцев. При проведении лечебно-профилактических мероприятий должны учитываться активность кариеса зубов у беременной женщины, кариесогенная ситуация в полости рта, общие и местные факторы риска развития стоматологических заболеваний и полноценность питания. Беременным женщинам назначаются профилактические средства системного (эндогенного) и местного (экзогенного) действия. Все назначения системного действия должны согласовываться с акушером-гинекологом и терапевтом.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА

Казакова Нозима Нодировна

*Доцент кафедры терапевтической стоматологии
Бухарский государственный медицинский институт*

Основным средством для лечения воспалительных заболеваний пародонта, согласно рекомендациям Стоматологической Ассоциации Узбекистана, являются антисептические средства. Кроме них, при необходимости, рекомендуется использование противомикробных средств.(1) Но так, как эти средства не обладают избирательностью действия, они подавляют и облигатную микрофлору, вместе с её полезными свойствами (стимуляция развития лимфоидной ткани, антагонистическое 100 воздействие на патогенную микрофлору, поддержание физиологического воспаления и готовности к иммунным реакциям, и пр.)(1,2) Так же пародонтологи все чаще отмечают рост числа пациентов с лекарственной непереносимостью, развитие таких побочных эффектов и осложнений противомикробной терапии, как аллергические и дисбиотические изменения в полости рта(3). Кроме того, противомикробные препараты могут приводить к развитию устойчивых штаммов микроорганизмов. Исходя из этого, многие авторы говорят о кризисе антибактериальной терапии.

Цель исследования. Благодаря вышеперечисленным факторам, активно идет поиск альтернативных методик лечения, таких, как использование пробиотиков, в качестве антагонистов парадонтопатогенов. Во многих отраслях медицины, в том числе и в стоматологии, успешно применяются бактериофаги. В своей работе мы пытаемся определить эффективность препаратов на основе бактериофагов в сочетании с пробиотическими средствами в отношении лечения воспалительных заболеваний полости рта. С этой целью, на первом этапе исследования, нами был выбран и проверен на работоспособность препарат «Фагодент» (Микромир), как основной кандидат на роль бактериофагального препарата. В отличие от других препаратов, содержащих бактериофаги, «Фагодент» разработан специально для борьбы с патогенной микрофлорой полости рта, в

состав этого препарата включены бактериофаги, тропные к следующим возбудителям: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Actinomyces israelii*, *Actinomyces* spp., *Bacteroides gracilis*, *Bacteroides forsythus*, *Campylobacter* spp., *Enterococcus faecalis*, *Fusobacterium* spp., *Porphyromonas gingivalis*, *Prevotella intermedia*, *Proteus vulgaris* spp., *Pseudomonas aeruginosa* spp., *Staphylococcus aureus* spp., *Streptococcus mitis*, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus pyogenes* spp., *Streptococcus salivarius*, *Treponema denticola*, *Wolinella* spp. В этот список входят особо патогенные микроорганизмы, ассоциированные непосредственно с развитием заболеваний, такие, как *Porphyromonas gingivalis*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* и *Tanarella forsythia*.

Методика исследования. На первой стадии эксперимента было проведено исследование активности препарата в отношении ряда микроорганизмов, заявленных в инструкции препарата. Для исследования были использованы 7 штаммов *S. aureus*, 2 штамма *E. Faecalis*, 2 штамма *S. mutans*, 2 штамма *S. pyogenes*. Чистые культуры микроорганизмов были засеяны в чашки петри на агаре Мюллера-Хинтона, после чего к ним были добавлены две капли с разным (2-кратным и 10-кратным) разведением препарата «Фагодент» в стерильном физрастворе. После культивирования в оптимальных условиях (в термостатной комнате, в течение 12–36 часов), чашки Петри были проверены на наличие участков лизиса флоры. Ни в одной из чашек лизиса не было обнаружено. Такой результат был ожидаемым, в связи с тем, что препарат содержит огромное количество штаммов бактериофагов в одном тюбике и позиционируется как профилактическое средство. В связи с этим методика исследования была модифицирована. Для увеличения количества вирусных клеток, было проведено предварительное культивирование бактериофагов на целевых культурах микроорганизмов. Для этого в пробирку с сахарным бульоном добавлялась целевая флора и культивировалась в оптимальных условиях в течение 12 часов, после чего в пробирку добавляли препарат «Фагодент» и оставляли еще на 12 часов. По истечению этого времени содержимое пробирки фильтровалось через микробиологический фильтр с диаметром пор 0.22 мкм. В конце этих манипуляций мы надеялись получить взвесь обогащенную вирусными клетками.

Результаты исследования. После описанных выше манипуляций, содержимое последней пробирки было испытано на тех же целевых культурах патогенов по той же методике, которая использовалась для определения активности геля «Фагодент» в разведениях 2х и 10х. На этот раз результат оказался положительным. В чашках Петри прослеживаются четкие очаги лизиса микрофлоры. Распространенной практикой является оценка литической активности фага по пяти балльной шкале (по количеству «крестов»): «-» отсутствие литической активности; «+» низкая активность; «++» образование зоны лизиса с большим количеством колоний вторичного роста бактерии; «+++» зона лизиса с единичными колониями вторичного роста; «++++» прозрачная зона лизиса без колоний вторичного роста. В нашем исследовании были получены результаты от «+» до «+++».

Выводы. Полученные данные говорят о потенциале роста литической активности путем размножения бактериофагальных клеток при встрече с патогенной флорой. В рекомендациях по применению «Фагодента» описаны методики длительного применения препарата, что многократно увеличивает шансы встречи бактериофага с организмом-хозяином. Свойства же самих бактериофагов позволяют ожидать от них персистенции в полости рта, реактивации в случае повторного появления очагов роста патогенной микрофлоры.

Проведенный эксперимент позволяет сделать несколько выводов:

1. Препарат «Фагодент» содержит в себе определенное количество жизнеспособных вирусных клеток и может проявлять антагонистическую активность, по крайней мере, относительно проверенных штаммов микроорганизмов.
2. Препарат не рекомендован как монотерапия для лечения острой фазы пародонтита, так как не содержит достаточного количества бактериофагов для подавления крупных очагов инфекции.
3. В полости рта, встретившись с патогенной микрофлорой, вирусные клетки способны накапливаться и противодействовать развитию инфекции, что позволяет использовать препарат для лечения и профилактики хронических форм воспалительных заболеваний полости рта.

РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ

Камилов Хайдар Пазирович, Саидова Нилуфар Ахроровна

*Ташкентский государственный стоматологический
институт, Узбекистан*

В данной статье рассматриваются новые подходы к диагностике деминерализации твёрдых тканей зубов у беременных женщин в первом триместре. Исследование акцентирует внимание на важности раннего выявления и профилактики прогрессирующего кариеса в данной категории пациентов, учитывая изменения иммунологического состава ротовой жидкости и специфические условия, связанные с беременностью и токсикозом.

Беременность является периодом значительных физиологических изменений в организме женщины, влияющих на состояние различных систем, включая стоматологическое здоровье. Деминерализация твёрдых тканей зубов во время беременности может прогрессировать быстрее из-за изменений в питании, гормонального фона и иммунологических реакций. Разработка эффективных методов диагностики для раннего выявления данного состояния имеет важное значение для профилактики и лечения.

Исследование базируется на анализе иммунологического состава ротовой жидкости, изменения рН и концентрации кальция в слюне, а также применении современных визуализационных технологий, таких как оптическая когерентная томография (ОКТ) и цифровая рентгенография, для оценки степени деминерализации.

Были идентифицированы специфические биомаркеры в составе ротовой жидкости, коррелирующие с начальными стадиями деминерализации твёрдых тканей зубов у беременных. Оптическая когерентная томография показала высокую чувствительность в выявлении микроскопических изменений в структуре эмали, предшествующих развитию кариеса.

Результаты подчеркивают значимость комплексного подхода к диагностике, включающего анализ биохимических параметров слюны

и применение передовых технологий визуализации. Такой подход позволяет не только точно диагностировать начальные стадии деминерализации, но и оценить риск развития кариеса, что особенно важно для беременных женщин из-за повышенной восприимчивости к стоматологическим заболеваниям в этот период.

Разработанные методы диагностики могут значительно улучшить раннее выявление и профилактику деминерализации твёрдых тканей зубов у беременных, минимизируя риск развития прогрессирующего кариеса. Дальнейшие исследования в этой области могут способствовать интеграции новых диагностических подходов в клиническую практику, улучшая стоматологическое здоровье беременных женщин.

СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА И ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ

Наврузова Л. Х.

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

Во всем мире болезни эндокринной системы всё чаще привлекают внимание врачей стоматологов, так как при осмотре полости рта выявляются первые признаки заболевания - сухость, жжение слизистой оболочки полости рта, потеря нитевидных сосочков языка, жажда.

Эндокринные заболевания могут быть связаны с генетически обусловленными аномалиями, воспалительными и опухолевыми процессами в организме, расстройствами системы иммунитета, травмами, нарушениями кровоснабжения, поражениями различных отделов нервной системы, нарушением тканевой чувствительности к гормонам. Выпадение какого-либо из компонентов гормональной регуляции из общей системы нарушает единую цепь функциональной системы организма и приводит к развитию различных патологических состояний. Патология эндокринной системы выражается заболеваниями и патологическими состояниями, в основе которых лежат гиперфункция, гипофункция и дисфункция желез внутренней секреции. Изменение функции желез внутренней системы

приводят к эндокринным расстройствам и вызывают те или иные изменения в полости рта.

Гиперпаратиреозидизм – заболевание, вызываемое гиперфункцией околощитовидных желез и сопровождающееся изменениями в костях, отложением кальция в различных органах и тканях вследствие нарушения фосфорно-кальциевого обмена. Чрезмерная продукция гормона паращитовидной железы может выразиться в первичном дефекте железы (аденома, гиперплазия, гипертрофия) или вторичном как компенсаторный феномен, исправляющий состояние гипокальциемии, вызванное рахитом или хроническим заболеванием почек.

Цель исследования: изучить особенности клинических изменений органов полости рта при гиперфункции околощитовидных желез

При нарушении пропорции или при дисбалансе поступления белка животного и растительного происхождения увеличивается количество последних усиливается риск развития пародонтальных патологий. А также, при повышении вероятности развития заболеваний пародонта снижается количество солей кальция в пищевом рационе, что способствует повышению развития кариеса зубов. Проведенные научные работы в этом направлении развития кариеса зубов за последние десятилетия подтверждают высокую распространенность кариозных заболеваний зубов и заболеваний пародонта у пациентов с сопутствующей патологией

Согласно данным метода вычисления пародонтального индекса (PI) по Rusel в сравнительной группе средний балл индекса PI был равен $3,2 \pm 0,06$, что соответствовало гингивиту без повреждения прикрепленного эпителия, где еще клинический карман не определялся. В основной группе больных средний балл был равен $3,9 \pm 0,06$, при этом у больных с первичным гиперпаратиреозом он составил $3,9 \pm 0,06$ балла, а у больных с вторичным гиперпаратиреозом – $4,0 \pm 0,06$ балла, у них наблюдалось исчезновение замыкающих кортикальных пластинок на вершинах альвеолярного отростка по данным рентгенологического анализа, вместе с тем, определялось появление признаков клинического кармана. Следующим шагом исследования явилось определение индекса кровоточивости десны (PBI – papilla bleeding index) по методу Muhlemann по 4 степеням. В сравнительной группе средняя степень индекса кровоточивости десны была равна $2,2 \pm 0,05$, отмечалось лёгкое кровотечение по краю сосочка линейного характера. В основной группе индекс кровоточивости

Muhlemann в среднем был равен $2,9 \pm 0,10$ степени, при этом у больных с первичным гиперпаратиреозом он составил в среднем $2,86 \pm 0,1$ степени, с вторичной формой заболевания $2,67 \pm 0,19$ степени. В основной группе больных отмечалось умеренное заполнение межзубного треугольника кровью, тем временем, 10 (17,1%) пациентов с первичным гиперпаратиреозом страдали 4 степенью кровоточивости по методу Muhlemann, чего не выявляли при вторичном гиперпаратиреозе. Пациенты с 4 степенью кровоточивости страдали перфузным кровотечением после зондирования, с быстрым покрытием поверхности зуба и десны кровью.

Для оценки наличия и степени воспалительного процесса в деснах использовали метод Массера в модификации Парма (1960), вычисляющий сумму РМА в процентах, для которого определяли степень воспаления в баллах каждого зуба и делили на количество всех обследованных зубов. Критерием оценки послужил индекс РМА по 3 степеням воспаления десны: до 25% - легкая, 25-50% - средняя, и более 50% - тяжелая степень. Так, в 1-группе сравнения степень воспалительного процесса в деснах был равен в среднем $26,8 \pm 2,1\%$, что соответствовало средней степени гингивита, тогда как в основной, 2-группе пациентов он составил $38,9 \pm 1,4\%$, что соответствовало также, как и в 1- группе средней степени гингивита, однако отмечалось более выраженный процесс воспаления десны при наличии гиперпаратиреоза, с достоверной разницей между ними в $P < 0,05$. Наблюдали более тяжелое течение воспаления десен при вторичном гиперпаратиреозе, с индексом РМА $41,0 \pm 2,11\%$, который не имел достоверной разницы между индексом РМА у больных с первичным гиперпаратиреозом.

Оценку состояния гигиены полости рта осуществляли по индексу Грин-Вермиллиона (ОНИ-S). При оценке гигиены полости рта определяли наличие налёта и камней, и их объем расположения на зубной поверхности, по формуле расчёта выявляли значение индекса, и определяли степень гигиены полости рта. Так, в сравнительной группе ОНИ-S был равен в среднем $2,2 \pm 0,1$, в основной группе $2,4 \pm 0,08$, при этом, у больных с первичным гиперпаратиреозом эти значения составили $2,31 \pm m$, у больных с вторичной формой заболевания оно составило $2,35 \pm m$ в то время, как между индексами ОНИ-S в сравнительной и основной групп достоверной разницы практически не было. Индекс Грин-Вермиллиона (ОНИ-S) оценивался как «высокий», а гигиена полости рта как «не удовлетворительная», т.е. при кариозных заболеваниях зубов, как и при наличии дисфункции

паращитовидной железы, так и при отсутствии её, состояние зубов, определяющее гигиену полости рта оказался в «неудовлетворительном» состоянии, а ОНI-S продемонстрировал «высокий» показатель, которые нуждались в особенном уходе, профилактике и гигиене.

Так как, в физиологическом состоянии десны находятся от зуба не более чем на 2-3 мм, при патологии (например, воспалительном процессе, когда десна начинает отекает и краснеть) промежуток становится больше и образуется пародонтальный или зубодесневой карман, с формированием кариеса корня зуба, нарушением периодонтальных связей, что приводит к расшатыванию и развитию пародонтита. Так, после применения нами предложенной программы лечения отмечалось уменьшение глубины пародонтального кармана, которое зависело, как уже говорилось выше, от состояния пародонта, т.е. уменьшения симптомов воспаления – в 1-группе наблюдалось полное отсутствие пародонтального кармана после лечения ($P < 0,001$), во 2-группе, у больных с первичным гиперпаратиреозом она была равна $1,32 \pm 0,23$ мм, достоверно отличаясь от больных до проводимой терапии ($P < 0,01$); при вторичной форме заболевания глубина пародонтального кармана была равна в среднем $1,86 \pm 0,15$ мм ($P < 0,01$).

Выводы. Анализ вышеизложенного материала показывает тесную взаимосвязь эндокринной системы со всеми структурами полости рта на всех этапах их развития, начиная с момента закладки всех тканей. Ранняя диагностика этих заболеваний в полости рта позволит комплексно планировать профилактику и лечение развивающихся патологий в полости рта. При наличии эндокринной патологии у детей, необходимо соблюдать следующие рекомендации. Плановые осмотры, санацию полости рта у детей с эндокринной патологией необходимо осуществлять в зависимости от характера и формы течений основного заболевания, с учетом активности кариозного процесса, но не реже 3 раз в год. Обязательным является проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на повышение резистентности твердых тканей зубов, восстановление функциональной активности ротовой жидкости, улучшение трофических процессов и повышение резистентности слизистой оболочки полости рта.

ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКОГО ДИФФУЗНОГО ПАРОДОНТИТА ИЗ-ЗА ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С РАКОМ ГРУДИ.

Нурова Шохсанам Норпулатовна

*PhD доцент Бухарский государственный
медицинский институт, Бухара Узбекистан*

Менопауза - это физиологический процесс в жизни женщины и необратимый процесс гормональной функции яичников. В репродуктивный период жизни женщины эстрогены постоянно воздействуют на различные органы и ткани, их специфические участки связывания взаимодействуют с рецепторами эстрогена.[1,4]. Эти рецепторы локализованы, в частности, в матке, молочных железах, головном мозге и сердце, слизистой оболочке полости рта, гортани, тканях пародонта. Во время менопаузы дефицит эстрогена может вызвать патологические изменения во всех этих органах, включая пародонт. Эстрогены воздействуют на слизистую оболочку полости рта непосредственно или через нейроэндокринную систему, у женщин меняется состояние десен [3]. Снижение воздействия эстрогена на слюнную железу приводит к снижению слюноотделения, что способствует нарушению восприятия вкуса, сухости во рту, атрофическому гингивиту и развитию пародонта. [1,2].

Согласно статистическим данным, у 45-60% женщин в период постменопаузы были диагностированы заболевания пародонта, включая изменения в костной ткани организма [1,3,5]. На современном этапе развития стоматологии диагностика патологии пародонта не вызывает особых трудностей. Выявление клинических признаков и характеристик заболеваний пародонта, прогнозирование развития заболевания, взаимосвязи с общим состоянием пациента требует дополнительного анализа по отношению к костным изменениям в зубочелюстно-альвеолярной системе.

Хронического генерализованного пародонтит (ХГП) - многофакторное заболевание, при формировании которого важно систематическое определение факторов полости рта и гомеостаза пародонта, влияющих на вирулентность микрофлоры, способствующей образованию микробного налета. Взаимосвязь между бактериями полости рта и резистентностью тканей полости

рта и организма в целом обеспечивает развитие и ведение пародонтальной резистентности. [4,5,6].

Женщины с раком молочной железы были взяты под контроль диспансера Бухарского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии. В исследовании приняли участие 155 женщин, у 104 из которых был диагностирован рак молочной железы. Мы обнаружили, что все 57 женщин были пациентками с диагнозом рак молочной железы в перименопаузе в трех группах (средний возраст 43+6,4 года). Дополнительная группа - 48 пациенток с диагнозом рак молочной железы в постменопаузе (средний возраст 59+5,2 года), поскольку остеопороз наиболее распространен у женщин в постменопаузальном возрасте. 50 из них - здоровые женщины с регулярными менструациями. Продолжительность постменопаузы во время лечения составляет 6,5%. Диаграмма на рисунке 1.

Рис.1.



Было проведено клиническое обследование полости рта женщин, больных раком молочной железы, с целью определения состояния зубов, наличия твердых тканей зубов, типа прикуса, выступающей складки, наличия поддесневых и наддесневых твердых кариозных отложений, состояния слизистой оболочки полости рта (отек, гипермия, кровотечение), состояние экссудата, наличие и глубина пародонтальных карманов, определение степени патологической подвижности зубов. Внимание было уделено срокам появления воспалительных изменений в ткани пародонта и их связи с

наступлением менопаузы. Результаты обследования представлены в таблице ниже.

Изменения в полости рта при ХДП у пациенток с раком молочной железы

Показатели	Группа больных	
	Женщины с раком молочной железы в перименопаузе n=57	Женщины с раком молочной железы в постменопаузе n=57
Гигиена индекси (ОНИ- S)	<u>2,29±0,05</u> 2,19±0,05	<u>2,55±0,07*</u> 2,32±0,04*
Степень кровоточивости	<u>2,29±0,07</u> 2,52±0,08#	<u>2,45±0,04*</u> 2,88±0,06*#
РМА	<u>51,32±1,80</u> 55,43±2,15#	<u>61,68±1,93*</u> 69,88±2,17*#
ПИ	<u>4,82±0,15</u> 4,56±0,18#	<u>6,12±0,13*</u> 5,87±0,15*#
Глубина пародонтального кармана, мм	<u>5,22±0,21</u> 4,75±0,15	<u>6,75±0,44*</u> 5,49±0,27*
Индекс Фукса для верхней челюсти	<u>0,58±0,06</u> 0,60±0,03	<u>0,45±0,04*</u> 0,48±0,03*
Индекс Фукса для нижней челюсти	<u>0,60±0,04</u> 0,62±0,03	<u>0,48±0,03*</u> 0,50±0,03*
Кортикальный индекс	<u>4,68±0,03</u> 4,70±0,05	<u>4,40±0,03*</u> 4,55±0,04*

Пациенты с пародонтом жаловались на кровотечение во время чистки зубов, на подвижность определенной группы зубов, на неприятный запах изо рта, отеки и кровоподтеки в области десен и десневых присосок. При осмотре отмечались гипермия, цианоз в деснах, при прощупывании пародонтальных карманов на глубине 4-5 мм уровень кровоточивости десен - 3 балла, патологическая подвижность зубов 1-2 степени. При обследовании второго пациента в пародонтальном кармане был зафиксирован небольшое количество гноя. Гигиенический индекс был равен 2,19±0,05 - 2,29±0,05, РМА - 51,32±1,80 - 55,43±2,15, PI - 4,56±0,18 - 4,82±0,15. На рентгенограмме была выявлена резорбция от 1/3 до 1/2 межальвеолярной ячейки корня зуба, это соответствует разрушению костной ткани в альвеолярной части челюсти и патологическому смещению зубов 1-2 степени. Костный индекс Фукса верхней челюсти составлял 0,58±0,06 - 0,60±0,03, костный индекс Фукса нижней челюсти составил 0,60±0,04-0,62±0,03.

Сообщалось, что пациенты с тяжелыми формами хронического

диффузного пародонтита жаловались на кровоточивость десен, подвижность зубов, неприятный запах изо рта, высокую чувствительность зубов к холоду. При объективном осмотре уровень кровоточивости десен - 3 балла, область десен выпуклая, имеются десневые карманы, зуб окружен твердыми отложениями вокруг десен. Глубина пародонтального кармана достигает 5-8 мм. В некоторых случаях было обнаружено, что в пародонтальном кармане имеются гнойные выделения, зубы смещаются на 2-3 градуса. РМА - $61,68 \pm 1,93 - 69,88 \pm 2,17$, ПИ - $5,87 \pm 0,15 - 6,12 \pm 0,13$. Костный показатель Фукса верхней челюсти составлял $0,45 \pm 0,04 - 0,48 \pm 0,03$, костный показатель Фукса нижней челюсти составил $0,48 \pm 0,03 - 0,50 \pm 0,03$.

Согласно данным, представленным в таблице выше, воспалительные компоненты были очевидны в клинической картине ХДП у пациенток репродуктивного возраста, это привело к значительному увеличению ХДП у женщин в постменопаузе с РМЖ. Напротив, у пожилых людей показатели пародонтального индекса оказались низкими. В зависимости от степени поражения пародонта резорбция костной ткани не имела достоверной разницы при сравнении между верхней и нижней челюстью, в зависимости от возрастной группы.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПЛАНИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Петриченко А.А.¹, Ермолаева Л.А.², Чибисова М.А.³, Затонова Л.В.¹

¹ООО «Арктур», Россия, Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «СПбГУ», Россия, Санкт-Петербург

³ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Россия, Санкт-Петербург

Актуальность и новизна. В рамках первичного амбулаторного стоматологического приема, наряду с основными методами обследования, такими как опрос, осмотр и инструментальная диагностика важными критериями выбора являются лучевые методы исследования. В современной стоматологической практике инструментом взаимодействия между врачом и пациентом является доступность объективных данных, подтвержденная клиническими данными. С целью улучшения коммуникативных и мотивационных

аспектов взаимодействия врача и пациента применяется ряд диагностических манипуляций, формируемых в рамках принципов доказательной медицины, так называемый индивидуальный паспорт здоровья. Данный инструмент взаимодействия является вспомогательным не только в вопросе коммуникации и мотивации, а также в диагностике и точности планирования стоматологического лечения.

Материалы и методы. В рамках амбулаторного приема нами проводится ряд необходимых диагностических манипуляций, включающий в себя: фотопротокол полости рта, конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ) челюстно-лицевой области, радиовизиографию. Все эти манипуляции являются важными диагностическими и коммуникационными инструментами, взаимодополняющими друг друга. Использование фотопротокола в стоматологической практике помогает визуализировать и диффундировать объективные данные, регистрируемые в полости рта, с данными внутрикостных объектов, транслируемых в реформатах конусно-лучевой компьютерной томографии, что, в свою очередь, служит инструментом взаимодействия в системе врач–пациент. Важно понимать, что объективность данных конусно-лучевой компьютерной томографии может искажаться посредством наличия зон с повышенной контрастностью, которая может определяться по периферии материалов, имеющих высокую рентгенологическую плотность. При проведении данного исследования нами были выявлены некоторые объективные показатели, искажающие данные лучевого исследования, существенно влияющие на диагностическую точность данных конусно-лучевой компьютерной томографии. К материалам такого рода относятся металлические конструкции и некоторые виды пломбировочного материала. Поэтому, проводя анализ данных конусно-лучевой компьютерной томографии, необходимо учитывать аспект наслаивания первичных проекций друг на друга в итоговом трехмерном снимке.

В процессе курации групп пациентов (всего было обследовано 24 человека) были выявлены неточности диагностики по данным конусно-лучевой компьютерной томографии, что позволило нам разработать **диагностический алгоритм в рамках формирования паспорта здоровья на этапе первичного консультирования в терапевтической стоматологии.**

Данный диагностический алгоритм, основанный на жалобах пациента, включает в себя:

1. Изучение данных предварительного анкетирования, которое, в свою очередь, включает в себя вопросы общесоматического здоровья пациента, а также важные аспекты психоэмоционального состояния пациента в рамках планирования стоматологического лечения. Страхи и неблагоприятный опыт стоматологического лечения.

2. Тщательный сбор анамнеза и опрос пациента, смежно пересекающийся с данными анкетирования, уточняющий наиболее важные на момент обращения жалобы, тем самым позволяющий формировать этапность бедующего лечения от более остро беспокоящих к вызывающим меньшее беспокойство, но необходимым с точки зрения здоровья полости рта клиническим манипуляциям.

3. Осмотр полости рта пациента, включающий в себя инструментальные методы исследования, перкуссию и пальпацию.

4. Проведение фотопротокола, который служит инструментом взаимодействия с пациентом, а также помогает во взаимодействии с врачами смежных специальностей в рамках проведения комплексного лечения.

5. Проведение конусно лучевой компьютерной томографии зубного ряда и челюстно-лицевой области.

6. Также во избежание допущения диагностических ошибок при интерпретации данных конусно-лучевой компьютерной томографии всем пациентам, имеющим артефакты по данным конусно-лучевой компьютерной томографии, проводится радиовизиография искаженных областей.

Результаты собственных исследований. Сравнивая полученные данные конусно-лучевой компьютерной томографии и радиовизиографии с целью диагностики зон с повышенной контрастностью по данным конусно-лучевой компьютерной томографии и, как следствие, с целью снижения рисков допущения диагностических ошибок на этапе первичного планирования лечения в амбулаторной стоматологии было обследовано 24 пациента, из которых 7 женщин и 17 мужчин разных возрастных групп. Все пациенты были разделены на три основные группы. Исследование проводилось в течение 5 месяцев. В результате проведенного сравнительного анализа были получены данные: в 11,1% случаев было выявлено наличие ложно-диагностируемого вторичного кариозного

поражения тканей зубов, ранее восстановленных пломбировочным материалом, контактирующих с металлическими ортопедическими и хирургическими конструкциями, имеющими артефакты по данным конусно-лучевой компьютерной томографии, ввиду наличия зон с повышенной контрастностью. В 16,7% случаев были выявлены рентгенологические признаки бессимптоматического хронического апикального периодонтита, коррелирующего с нарушением герметичности посэндорестоврации в следствие нарушения прилегания, частичной расцементировкой металлических и металлокерамических ортопедических конструкций.

Выводы:

1. Исходя из вышеизложенного, систематизируя данные проведенного исследования, нами получен **диагностический алгоритм первичного стоматологического обследования пациента в амбулаторной стоматологии**, включающий в себя: осмотр, фотопротокол, данные конусно-лучевой компьютерной томографии и радиовизиографию отдельных областей и сегментов челюстно-лицевой области. Данные виды обследования в совокупности с данными опроса и анкетирования являются наиболее продуктивными инструментами коммуникации в рамках первичного стоматологического обследования и помогают в формировании полного плана стоматологической санации полости рта на этапе планирования в рамках первичной консультации пациента.

2. Анализируя данные проведенного исследования, нами сформулирован протокол обязательных диагностических манипуляций, формирующий так называемый паспорт стоматологического здоровья пациента, включающий в себя: изучение данных анкетирования, опрос, осмотр, фотопротокол, проведение конусно-лучевой компьютерной томографии, уточняющие радиовизиографические рентгенограммы зубов.

3. Таким образом, формирование паспорта стоматологического здоровья на этапе первичной консультации снижает риски допущения диагностических ошибок, способствует улучшению коммуникативного и мотивационного аспекта взаимодействия с обследуемым пациентом, а также является инструментом взаимодействия врачей-стоматологов разных специализаций, что в свою очередь значительно ускоряет процесс комплексной реабилитации пациента.

СУРУНКАЛИ ТАРҚАЛГАН ПАРОДОНТИТНИ ОШҚОЗОН - ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИКЛАРИ КЕЧИШИ ФОНИДА ДАВОЛАШДА ПРОПОЛИС НАСТОЙКАСИНИНГ АҲАМИЯТИ

Раджабова Азизаханум Фармановна

*Абу Али ибн Сино номидаги
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон*

Резюме: Ошқозон-ичак яра касалликлари мавжуд беморларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари ҳамда сурункали тарқалган пародонтитни даволаш усулларини такомиллаштириш бўйича олиб борилган тадқиқотларда қатор илмий натижалар олинган. Замонавий стоматологияда ошқозон-яра касаллигининг оғиз бўшлиғи аъзоларига таъсирини ўрганиш, касалликларни асоратини олдини олиш долзарб муаммо бўлиб қолмоқда.

Калит сўзлар. Пародонтит, ичак яраси, иммуноглобулин, интерлейкин, антибактериал терапия, прополис.

Тадқиқот мақсади: Сурункали тарқалган пародонтитнинг ошқозон - ичак яра касалликлари кечиши фонида эрта ташхислаш ва комплекс даволаш.

Тадқиқот вазифалари: Ошқозон - ичак яра касалликлари мавжуд беморларда сурункали тарқалган пародонтитни антибактериал терапия ва прополис настоюкаси билан комплекс даволашни қўллаш мақсадида препарат таркибини ва таъсир қилиш механизмини ўрганиш. Препаратни яллиғланишни камайтириш хусусияти ва самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқот усуллари: беморнинг стоматологик статуси, клиник-функционал (GI, PMA), клиник-лаборотор (сўлак секрецияси тезлиги), иммунологик (Ig A, Ig E, IL 4, IL 8), статистик.

Материал ва методлар: Бухоро вилоят кўптармоқли тиббиёт марказига мурожат этган 150 нафар ошқозон - ичак яра касалликлари мавжуд беморларда сурункали тарқалган пародонтит билан оғриган 18-69 ёш оралиғидаги беморлар асосий гуруҳ сифатида тадқиқотга жалб қилинди. Барча беморларда профессионал гигиена чоралари ўтказилиб, милк усти ва милк ости тошлари тозаланди. Ёпиқ кюретаж ўтказилди. Кундалик гигиена қоидалари бўйича тушунтириш

ишлари ўтказилди. Оғиз бўшлиғида мавжуд бўлган пломбаларнинг осилган қирралари олиб ташланди, функционал шлифовка ўтказилди.

Тадқиқотга жалб қилинган асосий гуруҳ беморлари 50 тадан 3 та гуруҳга бўлиниб, 1-гуруҳда фақат “Антибактериал терапия” олиб борилди. 2-гуруҳда фақат “Прополис настойкаси” қўлланилди ва 3-гуруҳда “Антибактериал+Прополис настойкаси” билан даволаш олиб борилди. Барча беморларга оғиз бўшлиғини кунига 4 маҳал антисептикда чайиш ва иммунотерапия мақсадида “Ликопид” дори воситаси буюрилди.

Хулоса: Ошқозон - ичак яра касалликлари мавжуд беморларда сурункали тарқалган пародонтитни “Антибактериал терапия ва Прополис настойкаси” билан комплекс даволашни қўллашда юқори терапевтик натижа кузатилди. Ушбу натижа узоқ муддатли кузатув натижалари билан тасдиқланди (6ой, 12 ой). Натижаларнинг “аъло даражада эффективлик” лиги - 45,9% ҳолатда кузатилиб, яхшиланиш сифатида баҳоланди. Ушбу метод ошқозон - ичак яра касалликлари мавжуд беморларда сурункали тарқалган пародонтитни даволаш ва олдини олишда юқори самарадорликка эга ҳисобланади.

РЕВМАТОИДЛИ АРТРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ҲОЛАТИНИНГ АНИҚЛАШ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Рахимов Ш.Ш., Идиев Г.Э.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг долзарблиги: Ревматоидли артрит билан касалланган беморларда оғиз бўшлиғи аъзоларининг ҳолати ва улардаги патологик ўзгаришлар организмдаги умумий патологик ўчоқ билан боғлиқ равишда неоптерин тузилиши бўйича фолий кислотаси молекуласига ўхшаш нуклеин асосларнинг метаболитидир (Лазарчик И.В. муалл., 2016). У асосан гамма интерферон таъсирида макрофаг-моноцит ҳавзасининг хужайралари томонидан синтезланади ва иммунитет реакциясида муҳим рол ўйнайдиган ушбу цитокин синтезини акс эттиради (Domínguez-Pérez R.A. et al., 2017). Айнан гамма интерферон синтези вирусга қарши ёки ўсмага қарши

иммунитет реакцияси жараёнида цитотоксик ҳужайрали иммунитет реакцияларининг кўпини ажратиб туради (Patel B.P. et al., 2007).

Тадқиқот мақсади. Ревматоидли артрит билан касалланган беморларда оғиз бўшлиғи аъзоларининг ҳолати аниқлаш кўрсаткичларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Тадқиқотда 35 нафар РА беморлари (асосий гуруҳ), шунингдек, умумий соматик патология (n=15) (назорат гуруҳи) аниқланмаган стоматология беморларида олиб борилди.

Натижалар ва муҳокама. Текширилган беморларга ташхиси қўйилди: енгил даража – 13, ўртача даража – 14 ва оғир даража -11 беморда аниқланган. Бу пародонтал чўнтақлардан турли даражадаги йиринглаш, илдиз фуркацияларининг шикастланиши, тишларнинг сезиларли ҳаракатчанлиги билан бирга келди. Ўртача асосий гуруҳда стимулланмаган сўлакнинг тезлиги асосий гуруҳда – $0,19 \pm 0,088$ мл/дақ, назорат гуруҳида – $0,42 \pm 0,114$ мл/дақ.

Оғиз бўшлиғи кўрикдан ўтказилганида унинг кириш чуқурлиги ўрганилди, оғиз бўшлиғида гигиена ҳолатининг даражаси, шиллик қават ва пародонтнинг ҳолати баҳоланди, тишларнинг қаттиқ тўқималарининг ҳолати аниқланди. Шиллик қаватнинг ҳолати ўрганилганида уларнинг ранги, юмшоқ тўқималарнинг пастозлиги ва шишлар мавжудлиги, милк четига босилганида оғриқ бўлиши, босилганда ва тишлар тозалаган вақтда ёки қаттиқ таом истеъмол қилганда милклардан қон кетиши пайдо бўлиши, оғиздан ёқимсиз ҳид мавжудлигига алоҳида эътибор қаратилди. Беморларнинг оғиз бўшлиғида аниқланган ҳар қандай патологик ўзгаришлар амбулатор карта ва ишлаб чиқилган махсус текширув картасига киритилди, у ерда ҳам биринчи кўрикда, ҳам даволаш давомида ҳамда даволашдан кейинги даврда ҳар бир тиш ва пародонт тўқимаси соҳасидаги патологик силжишлар рўйхатга олинди.

Оғиз бўшлиғида гигиенани баҳолашнинг энг оддий мезони рақамларда ифодаланган, тиш караши билан қопланган тиш юзаларини ҳисобланади. Бунинг учун Grin-Vermilon методидан фойдаланилди.

G.Green ва I.R. Wermillon (1964) OGI-S (Oral Hygiene Indices-Simplified) оғиз бўшлиғи гигиенасининг соддалаштирилган индексини

таклиф қилишди. ОНІ-S ни аниқлаш учун тишларнинг қуйидаги юзалари ўрганилади: юз, тил ва $\frac{6|6}{6|6}$ лаб1|1.

Барча юзаларда олдин тиш караши аниқланади. Тишларнинг юзаларида карашнинг миқдори қуйидаги тарзда аниқланади: ёдга эга аралашма билан олти доимий тиш юзаси бўялади – юқори марказий кесувчиларнинг лаб юзалари, юқори биринчи доимий катта илдиз тишларнинг юз юзалари, пастки биринчи доимий катта илдиз тишларнинг тил юзалари.

Тиш карашини баҳолашнинг қуйидаги тизимидан фойдаланилади:

0 – тиш карашининг йўқлиги (бўялиш йўқ);

1 – тиш караши тиш юзасининг $\frac{1}{3}$ дан ортиқ соҳасини қоплайди;

2 – тиш караши тиш юзасининг $\frac{1}{3}$ дан ортиқ, лекин $\frac{2}{3}$ қисмидан кам соҳасини қоплайди;

3 – тиш караши тиш юзасининг $\frac{2}{3}$ дан ортиқ соҳасини қоплайди.

Ҳар бир тишда баллар миқдори умумий суммага қўшилади ва олтига бўлинади (тишлар сони).

Тишларнинг юзасида аниқланган караш миқдори бўйича оғиз бўшлиғида гигиена ҳолатининг уч даражасини ажратиш мумкин: яхши, қониқарли ва ёмон.

Хулоса. Ревматоидли артрит билан касалланган беморларни оғиз бўшлиғи ҳолатини яхшилаш сифатида, бўялган караш алоҳида тишларнинг бўйинчаларида (0-1 балл) аниқланган ҳолатни баҳолаш мумкин. Қониқарли ҳолат – караш тиш тожининг $\frac{1}{3}$ ва алоҳида тишлардан $\frac{1}{3}$ дан биров кўпроқ юзасини қоплайди (1-2 балл). Ёмон – караш тожнинг деярли бутун юзасини қоплайди, яъни барча текширилаётган тишларнинг $\frac{2}{3}$ қисмидан ортиғини (2-3 балл). Бу индекс беморларда оғиз бўшлиғининг гигиеник ҳолати аниқлаш ва ташҳислаш имконини берди.

ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА 17А И АНТИТЕЛ К ГЛУТАМАТДЕКАРБОКСИЛАЗЕ ПРИ ГЕНЕРОЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЁСШИХ COVID 19

Тураева Ф.А.¹, Иноятлов А.Ш.¹, Файзуллаева Н.Я.²

¹Бухарский государственный медицинский университет

²Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

Актуальность. Учитывая пандемию века- COVID-19 в последнее время все чаще отмечается тяжелое течение генерализованного пародонтита, увеличилось число больных с агрессивными его формами. По последним опубликованным данным, большинство тканей полости рта содержат клетки-мишени для размножения вируса, сравнимые с клетками легочной ткани. У генетически предрасположенных лиц различные вирусные инфекции, включая SARS-CoV-2, могут индуцировать нарушение иммунологической толерантности к собственным антигенам (аутоантигенам), ведущее к развитию аутоиммунной патологии за счет нескольких взаимодополняющих механизмов.

Цель исследования: изучить роль аутоантител к декарбоксилазе глутаминовой кислоты и интерлейкина 17А при генерализованном пародонтите у больных перенесших COVID-19.

Материалы и методы: были изучены концентрации IL-17А в сыворотке крови и в ротовой жидкости и антитела к GAD методом ИФА с использованием набора реагентов Вектор-Бест и ElisaRSR у 49 пациентов с генерализованным пародонтитом переболевших ранее COVID-19.

Результаты исследования: Было выявлено повышение уровня IL-17А как в сыворотке крови ($11,8 \pm 0,49$ пг/мл в среднем), так и в ротовой жидкости ($5,81 \pm 0,46$ пг/мл в среднем). При анализе уровня аутоантител к глутаматдекарбоксилазе (GAD) в группе пациентов с генерализованным пародонтитом перенесших COVID 19 в разной степени тяжести выявили повышенный уровень антител у 67,3%, что составило в среднем $16,1 \pm 1,01$ пг/мл.

Вывод: Учитывая, что аутоиммунное повреждение поджелудочной железы начинается задолго до проявления

клинических признаков сахарного диабета, повышенный уровень аутоантител и IL-17A диктует необходимость проведение дополнительных диагностических тестов для раннего выявления аутоиммунных заболеваний и профилактики их осложнений.

ИССЛЕДОВАНИЯ ДО КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ГЕЛЕЙ НА ОСНОВЕ КОЛЛАГЕНА И ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА.

Усманова Д.Р.¹, Шомуродов К.Э.²

*¹Кафедра хирургической стоматологии и дентальной имплантологии,
Ташкентский Государственный Стоматологический Институт*

*²Кафедра челюстно-лицевой хирургии, Ташкентский
Государственный Стоматологический Институт*

На сегодняшний день на рынке представлено большое количество коллагенсодержащих мембран, большинство из них эффективно выполняют барьерные функции, однако их недостаточная толщина не позволяет добиться значимого прироста объёма мягких тканей. В отличие от них, коллагеновая матрица с комбинированной структурой способствует восполнению мягкотканых дефектов в ходе одной операции даже при дефиците мягких тканей, но возможности ее клинического применения ещё недостаточно изучены.

В связи с этим, актуальной задачей является дальнейшее исследование свойств материалов, позволяющих получать достаточный объём прикреплённой кератинизированной десны, а также разработка методик, способствующих снижению травматичности и объёма хирургических вмешательств.

Цель. Провести Анализ применения препаратов коллагена для увеличения объёма десны.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами были изучены и проанализированы научные статьи, исследования и клинические случаи применения препаратов коллагена различных производителей, их эффективность и отдалённые результаты лечения.

В связи с широким распространением таких заболеваний, как рецессия пародонтит, эрозивно-язвенные поражения слизистой

оболочки полости рта, альвеолит, серьезной проблемой остается выбор оптимальной тактики лечения и эффективных средств. Гели позволяют направленно обеспечить большую концентрацию лекарственных веществ непосредственно в очаге поражения, обладают оптимальными реологическими свойствами, обеспечивают наиболее полное и быстрое высвобождение основных действующих веществ.

Наиболее перспективными вспомогательными веществами являются коллаген и гиалуроновая кислота, которые отличаются пролонгированным действием, регенеративными свойствами, индифферентностью и широко используются в фармацевтической технологии, в частности для создания мягких лекарственных форм [2]. Формообразующая способность коллагена многогранна. В виде растворов он может быть основой мазей, линиментов, пролонгатором жидких лекарственных форм (капли, инъекционные растворы), загустителем и т.д. При сушке растворов на воздухе образуются прозрачные пленки, которые используются как самостоятельная лекарственная форма. После замораживания и лиофильной сушки растворов получают высокопористые структуры (губки), плотность которых зависит от исходной концентрации коллагена и других ингредиентов. При распылительной сушке растворов или диспергирования сухих пленок, губок и других продуктов получают порошки, которые могут использоваться как самостоятельные лекарственные формы и как вспомогательные вещества при изготовлении других лекарственных форм. Гиалуроновая кислота также широко применяется в фармацевтической и косметологической промышленности.

Гиалуроновая кислота осуществляет транспортную функцию – полимерную сеть, которую гиалуроновая кислота образует на поверхности кожи, позволяет биологически активным веществам, входящим в состав косметических средств, дольше на ней задерживаться, что повышает вероятность того, что они проникнут в эпидермис. Гиалуроновая кислота обладает большой водоудерживающей способностью – одна молекула гиалуроновой кислоты связывает до 5000 молекул воды. Поглощенная вода удерживается внутри в виде геля и не испаряется даже при понижении влажности окружающего воздуха. Нами разработано несколько моделей геля с использованием различных вспомогательных веществ.

В состав первого растворимого стекловидного тела входит 90% гиалуроновой кислоты и 10% воды. В свою очередь стекловидное тело обладает следующими свойствами: В стекловидном теле присутствуют клетки — гиалоциты, в основном располагающиеся на его границах. Эти клетки участвуют в секреции гиалуроновой кислоты, коллагенов и растворимых белков стекловидного тела, а также образуют гемидесмосомы, которые обеспечивают прикрепление стекловидного тела к выстилающей мембране сетчатки. По происхождению большинство гиалоцитов является макрофагами[4].

В качестве второго растворителя использовали 0,9% раствор хлорида натрия.

Результаты и обсуждение.

Наиболее оптимальной моделью геля оказалась модель №1, которая по своей консистенции удобна для помещения в пародонтальный карман и более длительного воздействия на очаг поражения. Другие составы не подходили по своей консистенции, так как были разжиженными или густыми, что было неудобно с точки зрения применения, а также отличались тем, что система подверглась расслоению и теряла свои структурномеханические свойства [3]. Технологический процесс получения геля состоял из нескольких стадий. На стадии вспомогательных работ проводилась подготовка вспомогательных и лекарственных веществ, материалов.

На первой стадии проводилось получение кашаобразной основы. На следующей стадии получали гель. Гель представляет собой однородную массу белого цвета со слабым характерным запахом. Исследование стабильности гелей будет проводиться методом долгосрочных испытаний, так как они содержат термолабильные субстанции природного происхождения. Условия проведения долгосрочных испытаний максимально приближены к предполагаемым условиям хранения лекарственного средства: температура хранения (не выше $15\pm 2^\circ\text{C}$), относительная влажность ($60\pm 5\%$). Периодичность контроля образцов составит: 0, 3, 6, 9, 12 месяцев, что позволит подтвердить устойчивость активных компонентов в течение указанного времени. [4].

Вывод: Таким образом, проведена фармацевтическая разработка гелей на основе коллагена и гиалуроновой кислоты для применения в терапевтической и хирургической стоматологии. Исследования по контролю качества, определению условий и сроков хранения, доклинические испытания продолжаются.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖКТ И НЕСЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Ходжаева Ш.Ш.

Бухарский Государственный медицинский институт

Актуальность темы заболеваний пародонта у пациентов с заболеваниями пищеварительной системы, использующих несъемные протезы, обусловлена взаимосвязью патологий пародонта и функциональных нарушений в пищеварительной системе. Современная медицина сталкивается с необходимостью разработки эффективных методов диагностики и терапии в этой области, учитывая комплексное влияние общих заболеваний на состояние полости рта и пародонта. Подчеркивается значимость интегрированного подхода к лечению, учитывающего взаимодействие ортопедических конструкций с биологическими тканями, а также специфику воздействия хронических заболеваний пищеварительной системы на микрофлору ротовой полости. Это направление исследований является критически важным для разработки новых терапевтических стратегий и улучшения качества жизни пациентов, особенно в условиях распространенности ортопедических конструкций и несъемных протезов в клинической практике. Соответственно, акцент на междисциплинарных исследованиях в области стоматологии и гастроэнтерологии открывает новые перспективы для понимания и лечения сложных клинических случаев, связанных с заболеваниями пародонта и пищеварительной системы.

Цель работы - разработка и апробация комплексной терапии заболеваний пародонта у лиц с патологиями желудочно-кишечного тракта, носящих несъемные зубные протезы.

Материалы и методы: Исследование, проведенное в Бухарском Государственном Медицинском институте с 2020 по 2023 год, охватило 138 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, использованием несъемных протезов и заболеваниями ЖКТ. Пациенты были разделены на группы: основная (108 человек с обострениями ЖКТ) и контрольная (30 человек без заболеваний ЖКТ). Исследование включало сравнительный анализ рисков пародонтита, оценку методов лечения пародонтальных заболеваний и диагностику нарушений микроциркуляции пародонта. Применялись различные

лечебные подходы, включая Траумель-С и аппарат АЛТ-Восток модель 03 для сенсibilизации патогенов. Проводились гигиенические процедуры, биохимический анализ ротовой жидкости, и статистическая обработка данных для оценки эффективности лечения.

Результаты и обсуждение. Патогенетические связи между заболеваниями внутренних органов и патологиями полости рта выявляются на фоне общеорганизменных механизмов. Нарушения в регуляторных механизмах, связанные с дисфункцией органов пищеварения, играют ключевую роль в развитии воспалительных процессов в пародонте. Существенные изменения в метаболизме соединительной ткани, нарушения минерального обмена и дефицит витаминов создают условия для развития гингивита и пародонтита.

В исследовании установлено, что у пациентов с хроническими заболеваниями органов пищеварения доминируют воспалительные процессы пародонта. Распределение хронического генерализованного пародонтита легкой степени составило 17,8% (10 человек) в первой группе и 17,3% (9 человек) во второй. Средняя степень пародонтита была у 14,3% и 17,3% пациентов, а тяжелая степень – у 44,2% и 39,3%. Афтозный стоматит встречался у 14,3% и 11,5% пациентов, а хронический катаральный гингивит – у 7,1% и 3,9%.

Исследование ЖКТ показало, что язвенные болезни желудка и двенадцатиперстной кишки преобладали в обеих группах (50% и 46,2%), за ними следовал гастрит (33,9% и 44,2%). Неспецифический язвенный колит был менее распространен (16,1% и 9,6%).

При легком пародонтите отмечались кровоточивость десен и неприятный запах. Средняя степень проявлялась сильной кровоточивостью, жжением и болями, а тяжелая степень – болями и подвижностью зубов. Исследование показало прямую связь между тяжестью воспалительных процессов в деснах и активностью ЯБ ЖКТ.

Анализ микрофлоры рта у пациентов с пародонтитом и несъемными протезами выявил значительные изменения. Наблюдалось увеличение плотности колонизации микроорганизмов, особенно для грибов *Candida*. Проведенный анализ показал увеличение плотности колонизации резидентных и условно-патогенных микроорганизмов. Исследование ротовой жидкости у пациентов с пародонтитом и ЖКТ-заболеваниями показало изменения в биохимическом составе. Увеличение нитратов ($142,93 \pm 12,53$ и $143,11 \pm 13,54$ мкмоль/л) указывает на активную азотную микробную активность при ЯБ. L-аргинин был снижен ($9,65 \pm 3,88$ и $9,98$

$\pm 4,11$ мкмоль/л), что может отражать изменения в метаболизме. Также отмечены изменения уровней мочевины и цитруллин. Рекомендована щадящая терапия пародонта для пациентов с ЖКТ-заболеваниями, включая ЛФДТ и инъекции Траумель С.

Дополнительно к стандартным процедурам применялся Траумель-С в виде 5 инъекций по 2 мл, а также сенсibiliзирующая жидкость HelboBlue с использованием аппарата АЛТ-Восток модель 03. Результаты лечения в двух группах пациентов показали значительные улучшения клинических и биохимических показателей в первой группе, где применялась комплексная терапия.

Анализ плотности микробной популяции в различных областях полости рта после лечения указывает на более эффективное снижение плотности патогенных микроорганизмов в первой группе. Количество лактобацилл в деснах в первой группе составило $3,95 \pm 0,15$ КОЕ/см² по сравнению с $2,12 \pm 0,11$ во второй. Показатели E.coli и Streptococcus mutans также демонстрировали значительные различия между группами.

Результаты исследования подчеркивают важность интеграции стоматологических и гастроэнтерологических подходов в лечении пациентов с пародонтитом и ЖКТ-заболеваниями, учитывая взаимосвязь между состоянием полости рта и общим здоровьем.

Выводы. Исследование показывает, что у пациентов с язвенной болезнью (ЯБ) частота и тяжесть пародонтальных заболеваний возрастают с увеличением тяжести ЯБ. Хронический пародонтит легкой степени обнаружен у 17,6% пациентов, а у 15,7% и 41,7% пациентов диагностированы средняя и тяжелая степени пародонтита соответственно. Выявленные изменения в микрофлоре полости рта у пациентов с пародонтитом, использующих несъемные протезы, указывают на значительное увеличение плотности колонизации микроорганизмов, особенно Candida ($3,39 \pm 0,15$ КОЕ/см², что в 2,6 раза выше, чем в контрольной группе). Наблюдаются значительные отклонения в биохимическом составе ротовой жидкости у больных с пародонтитом: увеличение уровня нитратов до $142,93 \pm 12,53$ мкмоль/л и снижение L-аргинина до $9,65 \pm 3,88$ мкмоль/л. Терапия с применением Траумель-С и ЛФДТ приводит к значительному улучшению клинических и биохимических показателей, включая уменьшение болезненности при приеме пищи и чистке зубов, улучшение подвижности зубов и снижение нарушений функции жевания. Это подчеркивает необходимость комплексного подхода к лечению ЯБ и пародонтальных заболеваний.

СРОКИ И ДИНАМИКА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ.

Афакова М.Ш., Муртазаев С.С.

*Кафедра детской стоматологии Бухарского государственного
медицинского института*

Актуальность: По мере функционирования и прорезывания зуба в эмаль зуба поступают минеральные вещества такие как фтор, кальций, фосфор и т.д. В течении 1-3 года эмаль насыщается необходимыми минеральными веществами и постепенно происходит созревание эмали.

Эмаль зуба это самый твердый и наиболее минерализованный компонент. Процесс минерализации зависит от питания, нарушение фосфорно кальциевого обмена, содержания фтора в питьевой воде, и общего состояния организма. При нарушении минерального обмена состава эмали начинается резистентность и увеличивается риск деминерализации эмали.

В настоящее время наблюдается тенденция изменения или же нарушения сроков прорезывания, и динамики минерализации эмали постоянных зубов у детей, также наблюдается преждевременное прорезывание замещающих зубов после раннего удаления молочных зубов. Современных данных о процессе созревания эмали и сроках прорезывания противоречивы, следовательно, этот процесс требует углублённого изучения.

В Бухарской области вследствие резко континентального климата, изменения содержания фтора в питьевой воде, негативного воздействия промышленных предприятий на окружающую среду приводит высокой распространённости кариозных и некариозных заболеваний в данном регионе.

Цель: Повышение эффективности профилактики кариеса с учетом сроков минерализации твердых тканей постоянных зубов у детей проживающих в Бухарской области.

Материалы и методы: Для изучения данной проблемы нами было обследовано 60 детей дошкольного, и школьного возраста, от 5-15 лет, из них 30 девочек и 30 мальчиков проживающих в Бухарской области. У каждого ребенка был изучен стоматологический статус.

Результаты исследования: Наши исследования преследуют конечную цель установления сроков и динамики минерализации

постоянных зубов у детей электрометрическим методом. Полученные данные послужат эталоном для определения сроков прорезывания в качестве диагностики и степени минерализации для определения оптимальных сроков проведения профилактических мероприятий.

Выводы: При нарушении минерального состава эмали понижается резистентность и увеличивается риск деминерализации эмали. Одним из методов профилактики нарушения, является реминерализация эмали, это и необходима для зубов уже имеют существенные повреждения эмали .

Все средства для реминерализации эмали можно разделить на две группы. К первой группе относятся средства на основе соединения фтора, ко второй группе относятся средства без фтора с содержанием частиц гидроксиапатита или соединения кальция.

Профилактика минерализации эмали актуально если начинается активное развитие кариеса ,а так же для минерализации «незрелой эмали».

Укрепление эмали зуба ребенка необходимо проводить с начало прорезывания молочных зубов, до окончания формирования постоянного прикуса примерно до 11-12 лет.

БОЛАЛАРДА ОРТОДОНТИК ДАВОЖАРАЁНИДА КАТАРАЛ ГИНГИВИТНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ

Бободустов У.К., Саидов А.А.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг долзарблиги. Ортодонтик даво олиб борилаётганда, оғиз бўшлиғининг гигиеник ҳолати нихоятда муҳимлигини ва бу гигиеник ҳолатнинг сифати ҳамда даражаси ўзаро бир-бирига боғлиқ. Бу боғлиқлик болалар ва ўсмирлардаги тиш жағ тизими анамалиялари (20-50%) пародонт тўқимаси касалликлари билан бирга келиши ва ортодонтик даво жараёнида пародонтнинг ҳолати ҳам шунга мос равишда ўзгаришлар содир бўлиши билан изоҳлади. Тиш-жағ тизими анамалиялари ҳам ўз навбатида пародонт тўқимаси касалликлари келиб чиқишига сабаб бўлади. Ортодонтик даво вақтида оғиз бўшлиғи гигиенаси пасайиши, қон айланишининг бузилиши, пародонт тўқимасига тушаётган юкламалар ҳисобига асоратлар (гингивит, пародонтит) келиб чиқади. Шу мақсадда

яллиғланишга қарши, микробларга, замбуруғларга ва вирусларга қарши таъсир қилувчи, оғриқсизлантирувчи-комплекс таъсирга эга бўлган препарат Лоробенни амалиётда қўллаш вақтида милк тўқимасига қандай таъсир қилиши ўрганиб чиқилди.

Текширув мақсади ортодонтик даво жараёнида парадонт тўқимаси яллиғланиш касалликларини комплекс даволашда Лоробен препаратининг самарадорлигини баҳолаш.

Материал ва усуллар текширув ҳаммаси бўлиб 132 нафар 6-18 ёшгача бўлган болаларда олиб борилди. Кариес жадаллигини КПУ, гингивит даражасини (ГИ); зондлаганда қон оқиш индекси (КИ) ва пародонтал индекси РМА (С. Парма 1960) аниқлаш усуллари ўтказилди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси ортодонтик даводан олдин текширилаётган болаларнинг 73 нафари (55%) парадонт тўқимасида яллиғланиш белгилари, милкларда шиш, гиперимия ва зондлаганда қонаши аниқланди. Қолган 59 нафар (45%) болаларда ортодонтик давогача пародонт тўқимасида яллиғланиш белгилари аниқланмаган, шиллик қават оч пушти рангда бўлиб, тишнинг бўйин қисмига бириккан. оғиз бўшлиғининг ГИ - $1,27 \pm 0,004$; (ИК) қонаш индекси - $0,18 \pm 0,04$; пародонтал индекс РМА - $7,68 \pm 0,13\%$ ташкил қилди. Малакали тозалаш ўтказилгандан кейин бу кўрсаткичлар 2 марта пасайди, ГИ, ИК ва РМА индекси бўлса 1,4 марта пасаяди. Бу кўрсаткичларни эътиборга олиб беморларда ортодонтик даво бошланди. Даво бошланганидан 1 ой ўтгандан кейин милкларнинг ҳар хил даражадаги шиш ва гиперемиялар ривожланди, шунга мос равишда зондланганда қонаш кўрсаткичи ҳам ўзгарди. Милкнинг тиш бўйни қисмига яқин бириккан қисмида тиш карашлари аниқланди. РМА индекси бўлса 2 марта ошди. Бизнинг билишимизча, бу кўрсаткичлар нафақат оғиз бўшлиғи гигиенаси ёмонлашганлигидан, балки ортодонтик конструкцияларнинг пародонт тўқимасига таъсири натижасида ҳам келиб чиқди.

Асосий гуруҳ болаларда тиш йўқотишнинг асосий сабаблари кариес ва унинг асоратлари бўлганлигини болалар ва уларнинг ота-оналаридан йиғган анамнезларда аниқланди. Ўтказилган тадқиқотларда болалар ва улар ота-оналаридан йиғилган анамнезлар асосида шунини айтишимиз мумкинки, доимий биринчи моляр боланинг 6,5-7 ёшида чиқишини 85-90 фоиз билишмайди. Оқибатда эрта алмашинув тишлов даврида сут тишлари билан бирга кариесга учрайди. Натижада кариесни асоратлари сабабли доимий тишлар

ҳам олиб ташланади. Асосий гуруҳ болаларнинг молярлар тишларининг чайнов юзаларида, табиий фиссураларда кариес кўп тарқалган бўлиб, фронтал тишларнинг бўйин қисмида кариоз ўчоқлар аниқланди.

Текширувлар шуни кўрсатдики, 10 ёшдаги болаларда тиш кариеси тарқалиши ўртача 65,4% ни ташкил қилди. 13 ёшида - 62,1%; 15 ёшида - 46,3%, 18 ёшида - 38,9% ($p < 0.001$) ташкил этди. Доимий тишларнинг кариеслари интенсивлиги бу ёш учун жуда юқори бўлди ва асосий гуруҳ болаларида $4,98 \pm 0,14$ ни ташкил этди. Назорат гуруҳидаги болаларда доимий тишларнинг кариес интенсивлиги даражаси назорат гуруҳидаги болаларникига қараганда анча паст бўлиб, $1,67 \pm 0,31$ ни ташкил этди.

ОНП-14-RU сўровномаси натижасида олинган натижалар таҳлилида кичик гуруҳлардаги беморларда умумий ОНП индексларида ижобий ўзгариш кузатилди. Умумий ОНП индексининг "яхши" ХСК сезиларли даражада пасайишини кўрсатади. Қўшимча равишда қолган барча гуруҳларда ҳам ХСК яхшиланиши аниқланди.

Тиш-жағ тизимида аномалия ва деформациялари бўлган болаларда ортодонтик даволашдан ярим йил ўтгач оғиз бўшлиғи ва парадонт тўқималарининг гигиеник ҳолатини ўрганилди. Ишлаб чиқилган комплекс даво-профилактикалардан фойдалангандан сўнг, асосий гуруҳда Шиллер - Писаревнинг синамасига кўра, асосий гуруҳда Шиллер-Писарев синамаси индекси- 1,79 баллга, назорат гуруҳида – 1,21 балл гача камайди.

Асосий гуруҳдаги болаларда оғиз бўшлиғининг профессионал гигиенаси амалга оширилди, оғиз бўшлиғининг индивидуал гигиенасини болалар ва уларнинг ота-оналарига ўргатилди, тиш тошлари скеллерда олиб ташланди.

РМА индекс кўрсаткичлари асосий гуруҳда сезиларли даражада яхшиланди. Профессонал гигиена, асосий ва ишлаб чиқилган профилактик комплекслардан фойдалангандан сўнг, барча гуруҳларда Шиллер - Писаревнинг синамасига кўра, бошланғич ҳолатдаги милк тўқималарида яллиғланиш интенсивлиги камайди, бу фарқларнинг ишончлилигини билдиради ($P < 0,01$). Асосий гуруҳда Шиллер-Писарев индекси- 57,8% га, назорат гуруҳида - 44,1% га камайди.

Асосий гуруҳ болаларидаги РМА индексининг қийматлари 1,4 мартадан ошиб кетди, назорат гуруҳининг тегишли кўрсаткичлари 1,7 мартага ошди.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ПОД ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИЕЙ: ОБОСНОВАНИЕ

Дорошенко Н.В., Кабанова А.А.

*Витебский государственный ордена
Дружбы народов медицинский университет, Беларусь*

Одной из актуальных тем в стоматологии является проблема борьбы с болью, страхом, тревожностью пациентов. В научной литературе нет данных о четком разделении понятий «стоматологический страх» и «стоматологическая тревожность», поэтому зачастую применяется термин «стоматологический страх и тревога» (Dentalfear/anxiety, DFA). Установлено, что распространенность DFA составляет в среднем от 10 до 20%, особенно часто встречается в детском возрасте. DFA являются одной из основных причиной отказа от стоматологического лечения.

Кроме того, есть дети с особыми медицинскими потребностями, такими как коммуникативные нарушения, психические расстройства, ограничения подвижности, поведенческие расстройства и хронические заболевания, которые требуют специальных терапевтических взаимодействий в методах контроля поведения для выполнения стоматологических работ.

В ряде случаев из-за большого объема стоматологических вмешательств, необходимых ребенку, а также наличия проблем с контролем поведения, достижение сотрудничества пациентов с врачом не представляется возможным.

В таком случае общая анестезия может стать единственным вариантом обеспечения безопасного эффективного стоматологического лечения. Однако важно определить точные стоматологические причины для лечения детей под общей анестезией.

В своей статье А. Эсканилья-Казаль и др. указывают на то, что, хотя после операции под общей анестезией могут быть осложнения, она рекомендуется при определенных обстоятельствах, например, отсутствие сотрудничества со стороны ребенка.

Дж. Х. Нанн, Г. Дэвидсон, П. Х. Гордон и Дж. Сторрс также отмечают в качестве показаний для стоматологического лечения под

общей анестезией проблемы с контролем поведения у детей, сопутствующие соматические заболевания, высокую тревожность и удаленность населенного пункта от стоматологических лечебных учреждений.

М. Гарави и Г. Солтани выявили, что стоматологи рекомендуют наркоз в случаях отказа детей от сотрудничества или наличия инвалидности с приемлемыми результатами, и низкими и предотвратимыми осложнениями.

Целью исследования явилась оценка причин стоматологического лечения у детей под общей анестезией с точки зрения их родителей и врачей-стоматологов.

Анкета, разработанная для родителей, состояла из двух разделов: демографическая информация и причин выбора анестезии. Анкеты врачей-специалистов включали только вопросы о причинах выбора анестезии. Родители и врачи имели возможность привести более одного фактора в пользу выбора общей анестезии для ребенка.

Самые часто указываемые родителями и врачами-стоматологами причины: возраст, отсутствие сотрудничества, большой объем планируемых стоматологических вмешательств. Наименьшее совпадение мнений специалистов «за» и родителей «против» касалось большого объема планируемых стоматологических вмешательств и качества стоматологической работы.

На основании полученных результатов и их анализа установлено, что причинами для проведения стоматологического лечения под наркозом у детей с точки зрения их родителей и врачей-стоматологов являются: возраст, обуславливающий незрелость личности, отсутствие сотрудничества ребенка с врачом во время стоматологического лечения, большой объем необходимых стоматологических манипуляций, наличие системного заболевания ребенка, нежелание родителей реализовывать методы поведенческого контроля, более высокое качество работы под наркозом, психические и физические поведенческие проблемы и сокращение количества сеансов лечения.

Полученные результаты указывают на целесообразность применения внутривенного наркоза на детском стоматологическом приеме.

IMPACT OF HEARING LOSSES ON A CHILD'S EDUCATIONAL PROCESS

Scientific supervisor: Dildora Taylakova Ibragimovna,

*Associate Professor of the Department of Therapeutic
Dentistry, Bukhara State Medical Institute, Bukhara*

Speaker: Shakhinabonu Shirinova Bobirovna,

*2nd year student of the Faculty of Medicine of
the Bukhara State Medical Institute, Bukhara*

The difficulty of diagnosing and treating hearing impairments, which are common in children of all ages and associated with damage to the central and peripheral components of the auditory sensory system, persists even when specialists give special attention to this matter. However, due to the complexity of both simultaneous testing diagnostic measures and analysis of the resulting set of all anthropo-somato-visceral indicators, information about the features of the psychophysiological development of hearing-impaired children has not been adequately reflected in the literature. Using systems analysis approaches, the research aims to compile a comprehensive assessment of the psychophysiological development of children with congenital and acquired sensorineural hearing loss, ages 8 to 14.

Materials and procedures. This was an open-ended, randomized, comparative study. The primary group was made up of 74 boys with NST who attended school №. 2 in the city of Bukhara and were between the ages of 8 and 12. Children in reasonably good health were used as controls.

Research results. The children were distributed according to the degree of hearing loss. When distributed according to the degree of hearing loss, it was revealed that 60% of children are registered with the 4th degree of hearing loss, 25% - with the 3rd degree, 10% of children - with the 2nd degree, and 5% of children under dispensary observation have registered hearing loss 1st degree. According to a survey, 22% of school-age children attended specialized boarding schools for the hearing impaired, while 78% of preschoolers attended specialized children's educational institutions. The study also looked at the attendance of children with hearing loss in specialized preschools and schools. These children suffer from third and fourth degree hearing loss. It is not always necessary for children with first and second degree hearing loss to attend specialist schools. The research

indicates that while children with first-degree hearing deficits do not require the use of hearing aids, those with verified hearing losses in the third and fourth grades require hardware rehabilitation.

Conclusions:

1. Children with 3-4 degrees of hearing loss (78%) are registered at the dispensary.

2. When distributed according to the degree of hearing loss, it was revealed that 60% of children are registered with the 4th degree of hearing loss, 25% - with the 3rd degree, 10% of children - with the 2nd degree, and 5% of children under dispensary observation have registered hearing loss 1st degree.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Есим А.Ж., Момынова М. М., Такиметбекова Б.Ж.,

*Казахский национальный медицинский университет имени
С. Д. Асфендиярова Алматы, Казахстан*

Демонстрируется влияние хлоргексидина на деструкцию тканей и возможное нарушение микроциркуляции. Эксперимент с фурацилином и перекисью водорода показал отсутствие осложнений у детей. Рекомендуется использование данной комбинации для лечения кариеса временных зубов с учетом изменений тканей, толщины и структуры дентина. Показаны зоны деструкции дентина.

Ключевые слова: рентгеноструктурный анализ, деструкция, микроциркуляция, хлоргексидин, фурацилин, перекись водорода.

Материалы и методы: проведен анализ лечения среднего кариеса временных жевательных зубов у детей в возрасте 3-7 лет (158). Лечение заключается в инструментальной и медикаментозной обработке дна кариозной полости антисептическими средствами. Сравнительный анализ обработки раствором хлоргексидина и раствором фурацилина и дальнейшем возможные осложнения.

Ретроспективный анализ возможных осложнений проведен для выяснения рентгеноструктурных изменений дентина вокруг кариозной полости. При этом у 85 (53,8%) выявлена зона деминерализации (Есимова Ж, 1995), что способствовало распространению инфекционно-деструктивного процесса в области дна кариозного процесса. Для выяснения побочных действий

хлоргексидина, в комплексе которого имеется агрессивный компонент, хлор (как клеточный яд). Зона деминерализации в период экспозиции, когда препарат применяется неоднократно, с каждым разом усиливается кумулятивный эффект, что способствует дальнейшей деструкции твердых тканей и, возможно, нарушению микроциркуляции твердых тканей и пульпы. Для утверждения данной версии нами проведен анализ результатов лечения среднего кариеса временных жевательных зубов, путем обработки стерильным раствором фурацилина (1 группа - 35 детей), фурацилина + 3% раствор H₂O₂ (2 группа - 32 детей).

Вывод: Сравнительный анализ позволяет рекомендовать лечение среднего кариеса с учетом дистрофических изменений прилежащих твердых тканей с использованием антисептика фурацилина с перекисью водорода.

ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ЛИЦА

Кабанова А.А., Чернина Т.Н., Кабанова С.А.

Витебский государственный медицинский университет, Г. Витебск

Актуальность. Врожденные пороки челюстно-лицевой области в связи с их частотой, тяжестью анатомических и функциональных нарушений, трудностью социальной адаптации пациентов, экономическими аспектами являются одной из важнейших проблем медицины. Частота врожденных пороков развития в популяции является важной характеристикой состояния здоровья населения. По данным ВОЗ частота рождаемости детей с расщелиной губы и неба в среднем составляет 1:750 новорожденных. В последние десятилетия отмечена тенденция к возрастанию частоты этого порока, как и в целом врожденных пороков развития.

Тяжесть порока развития лица обуславливается не только выраженными функциональными нарушениями, социальной ущербностью ребенка в дошкольном и школьном коллективах, конфликтной напряженностью и негативным психологическим фоном в семье, но и тем, что деформация вызывает соматические расстройства, приводящие к торможению роста и недоразвитию детского организма в целом. Сохраняющиеся анатомические нарушения вызывают нарушение функций, непосредственно пораженных и сопряженных с ними органов. Нарушается гармония

развития нескольких областей, возникают так называемые сочетанные вторичные деформации.

В современной науке изучение морфометрических параметров роста, развития и состояние лицевого скелета ребёнка может явиться методологической основой для разработки и усовершенствования антропометрических методов диагностики и реконструкции в медицине.

Цель исследования. Выполнить анализ особенностей новорожденных с аномалией развития лица в Витебской области за период с 2007 г. по 2022 г.

Проведен анализ извещений о выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у ребенка (плода) на базе медико-генетической консультации УЗ «Витебский областной диагностический центр» за период 2007-2022 г. Оценивалось количество живорожденных и мертворожденных детей, срок гестации, вес при рождении и половая принадлежность новорожденных с аномалией развития лица.

В Витебской области зарегистрировано 236 случаев врожденной патологии челюстно-лицевой области за период 2007-2022 гг. Из них зарегистрировано 180 случаев живорожденных детей, что составило 76,27%. Самое большое количество мертворожденных детей выявлено в 2013 г. (16,67%), а в периоды 2009-2010 гг., 2015-2021 гг. они вовсе отсутствовали.

В 50 случаях был сделан аборт (21,19%). В 6 случаях отмечаются мертворожденные дети (2,54%). Самое большое количество абортот отмечается в 2018 г. – 41,86% от зарегистрированных случаев в этот год. Самое маленькое количество абортот отмечается в 2008 г. – 6,67%.

Проанализировано количественное и процентное соотношение мужского и женского пола среди зарегистрированных случаев: мужской пол составил 124 случая (52,54%), женский – 94 случая (39,83%), в 18 случаях пол не был идентифицирован (7,63%). Самое большое количество случаев с идентифицированным мужским полом приходится на 2009 г. – 12, самое минимальное на 2007 г. – 1 случай. Самое большое количество случаев с идентифицированным женским полом приходится на 2012 г. – 14, самое минимальное на 2018 г. – 1 случай. Самое большое количество не идентифицированного пола было зарегистрировано в 2014 и 2020 гг. – 3 случая, минимальное – в 2008, 2009, 2010, 2013, 2017 гг. (0).

Проанализировав средний срок гестации было выяснено, что самое большое значение зарегистрировано в 2014 г. – 37,3 недель, самое маленькое значение: в 2018 и 2020 гг. – 27,3 и 27,5 недель

соответственно. Средние сроки гестации по годам: 2007 г. – 32,2 недель, 2008 г. – 36,2 недель, 2009 г. – 34,8 недель, 2010 г. – 36,1 недель, 2011 г. – 33,5 недель, 2012г. – 32 недель, 2013г. – 34,1 недель, 2015г. – 34,4 недель, 2016г – 35 недель, 2017г. – 35,5 недель, 2019г. – 33 недель, 2021г. – 33,7 недель, 2022г. – 34,5 недель.

Средняя масса плода составила 2746,29 г. Самое маленькое значение средней массы отмечается в 2009 г. – 2316 г. Самое большое значение средней массы отмечается в 2013г. – 3362,5 г. Средняя масса плода в 2007 г. составила 2643 г., в 2008г. – 2970,71 г., в 2009г. – 2316,25 г., в 2010г. – 2650 г., в 2011г. – 2781,75 г., в 2012г. – 2352,08 г., в 2013г. – 3362,5г., в 2014г. – 3080 г., в 2015г. – 2630,63 г., в 2016г. – 3040 г., в 2017г. – 3073,33 г., в 2018г. – 2340 г., 2019г. – 2640,38 г., 2020г. – 2663,89 г., 2021г. – 2930,13 г., 2022г. – 2455,63 г..

Выводы. В ходе анализа выявлено, что из 236 случаев только 76,29% являются живорожденными. Большинство из идентифицированных – лица мужского пола. Кроме того, для детей с аномалией развития лица характерными особенностями являются преждевременное рождение и, как следствие, малый вес.

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОР БОЛАЛАРДА СЎЛАК АЖРАЛИШ ТЕЗЛИГИ, СЎЛАК ҚОВУШҚОҚЛИГИНИ, ҲАМДА ЭМАЛНИНГ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯЛАНИШ ТЕЗЛИГИНИ КЛИНИК БАҲОЛАШ.

Камалова Лобар Ягмуровна

Абу Али ибн Сино номидаги

Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

Тадқиқотнинг долзарблиги: Стоматологиянинг долзарб муаммоларидан бири оғир соматик патологияси бўлган бемор болаларда тиш касалликларининг олдини олиш ва даволаш муҳим ўрин тутди. Ҳозирги вақтда сурункали пиелонефрит кўпинча ногиронликка олиб келадиган оғир соматик касалликлар жумласига киради. Гемодиализ ва буйрак патологиясини ўрганувчи олимлар ассоциацияси (2007) маълумотларига кўра, сурункали пиелонефрит (СП) сурункали буйрак етишмовчилигининг сабаби сифатида учинчи ўринда туради, бу бемор болаларнинг ўсиши ва ривожланишининг кечикиши, ногиронлик ва умр кўриш давомийлигининг сезиларли даражада қисқаришига олиб келади.

Калит сўзлар. Сурункали пиелонефрит, бемор бола, сўлак, қовушқоқлик, ЭРТКБ- тести.

Сурункали пиелонефрит билан оғриган бемор болаларда тадқиқот ўтказиш учун градацияланган пробирка ва секундомер керак. Бемор болаларга бошни пастга эгиш, оғизни бироз очиш ва сўлакни ютмаслик таклиф қилинади, унга эса пастки лабга қўйилган пробиркага эркин оқиш имкони берилади. Сўлак йиғишни бошлаш ва яқунлаш вақти белгиланади (одатда 515 дақиқа). Саливация тезлиги қуйидаги формула бўйича ҳисобланади:

$$C_c = \frac{V}{t}$$

Бу ерда: C_c – сўлак ажралиш тезлиги; V – ажраладиган сўлак ҳажми (мл да); t – сўлакни тўплаш вақти (дақиқаларда). Қўзғатилмаган саливациянинг меъёрий тезлиги $C_c = 0,31-0,6$ мл/дақ ҳисобланади, $C_c = 0,03-0,3$ мл/дақ да гипосекреция, $C_c = 0,61-2,40$ мл/дақ да гиперсекреция ташхиси қўйилади.

Сурункали пиелонефрит билан оғриган бемор болаларда Қовушқоқликни аниқлаш учун 1,0 мл ҳажми микропипетка ва секундомер керак. Сўлак тадқиқотини бошлашдан олдин микропипетка сув билан тўлдирилади: - вертикал жойлаштирилган пробиркага 1,0 мл белгигача сув тортилади; - бармоқ билан пробирка бўшатилиб, сув 5 сония давомида пробиркадан оқиб чиқишига қўйиб берилади; - пробиркада қолган сувнинг даражаси белгиланади (одатда 0,08 мл). Шундай қилиб, 5 сония ичида пробиркадан қанча сув чиқишини текширишади (одатда 0,92 мл). Сўлак қовушқоқлигини аниқлаш учун бўш соланган пробиркани текширилаётган сўлак тортилади, кейин сўлакка пробиркадан 5 сония ичида чиқиб кетиш имкони берилади ва бу вақт ичида чиққан сўлак ҳажми ўлчанади. Сўлакнинг қовушқоқлиги қуйидаги формула бўйича ҳисобланади:

$$\frac{V_c}{V_B} = \frac{B_c}{B_B} \text{ бундан } V_B = \frac{V_B B_B}{V_c}$$

Бу ерда: V_B – чиқиб кетган сув ҳажми (мл); V_c – чиқиб кетган сўлак ҳажми (мл); B_c – сўлакнинг қовушқоқлиги (бир.нисб.); B_B – сувнинг қовушқоқлиги (бир.нисб.). Сўлак қовушқоқлиги 1,0-4,0 бир.нисб бўлганида ижобий, 6,0-9,0 бир.нисб бўлганида салбий ҳисобланади.

Сурункали пиелонефрит билан оғриган бемор болаларда ЭРТКБ- тестининг аниқланиши Т.Л. Рединова ва ҳаммуаллифлар усули бўйича ўтказилди. Эмалнинг реминерализацияланиш тезлигини клиник аниқлаш – ЭРТКБ-тест тишлар кариесининг профилактикаси ва даволаниши бўйича оммавий чоралар ўтказилганида қўлланилиши мумкин. У техник жиҳатдан содда, унинг

ёрдамида олинган натижаларни эса интерпретациялаш осон. ЭРТКБ-тестни ўтказиш усули: тишларнинг кариесга чидамлилигини аниқлаш қуйидагича ўтказилади. Олдиндан рН 0,3-0,6 ва метилен кўк 2% аралашмаси билан кислотали буфер аралашмаси тайёрланади. Кислотали буфер деминераллаштирувчи аралашма ҳисобланади. Уни тайёрлаш учун 97 мл туз кислотаси ва 50 мл туз-нордон калий олиниб, аралаштирилади ва 200 мл ҳажмгача дистилланган сув қуйилади. Кўпроқ қовушқоқлик бериш учун аралашманинг бир қисмига глицериннинг бир қисмини қўшилади. Бундай аралашманинг юқори қовушқоқлиги тиш билан туташиб катталиги доимий бўлган ва унинг юзасида яхши турадиган томчи олиш имконини беради. Визуал назорат яхши бўлиши учун деминераллаштирувчи суюқликка нордон фуксин қўшилади. Бунда деминераллаштирувчи аралашма қизил ранга киради. Эмалнинг кислота таъсирига бардошлилиги (деминеализацияланиш жараёни) тиш эмалининг зарарланган қисми бўялиш интенсивлиги бўйича баҳоланади. Бўялганлик даражаси ҳақида кўк рангнинг тусли типографик шкаласи бўйича хулоса қилинади. Биз ўн балли шкаладан фойдаландик, бунда энг кам бўялган рангли таёқча 10%, энг тўқ бўялгани 100% га эга бўлди. Бир суткадан кейин тиш эмалининг зарарланган қисми такроран бўялади. Бу вақтда деминераллаштирувчи аралашманинг таъсири қўлланилмайди. Агар тиш эмалининг зарарланган қисми бўялса, унда бу жараёни бир суткадан кейин такроран ўтказилади. Зарарланган қисмда бўялиш хоссасининг йўқолиши унинг тўлиқ тикланганлиги сифатида баҳоланади. Тиш эмалининг зарарланган қисми турли инсонларда турли муддатларда қайта тикланади. Айнан шунинг учун эмалнинг зарарланган қисми нечанчи кун бўялиш қобилиятини йўқотиши сўлакнинг реминераллаштирувчи хоссалари билан аниқланади.

Шундай қилиб, Сурункали пиелонефрит билан оғриган бемор болаларда тишлар эмалининг кислота таъсирига берилувчанлиги (деминеализация, ёки эмалнинг эрувчанлиги) фоизларда, сўлакнинг реминераллаштириш қобилияти эса суткаларда ҳисобланади. Кариесга бардошли инсонларга тишлар эмалининг кислота таъсирига кам берилувчанлиги (40% дан кам) ва сўлакнинг юқори реминераллаштирувчи қобилияти (1 дан 3 суткагача), кариесга мойил инсонларга эса – тишлар эмалининг кислота таъсирига юқори берилувчанлиги (40% ва ундан юқори) ва сўлакнинг паст реминераллаштирувчи қобилияти (3 суткадан ортиқ) хос. Ўтказилган

тадқиқотлар асосида Сурункали пиелонефрит билан оғриган бемор болаларда ўрганиш усулларининг кетма-кетлик алгоритми тузилди.

ЭМАЛЬ ГИПОПАЗИЯСИ БОР БЕМОЛЛАРДА ЭМАЛНИНГ КИСЛОТАГА НИСБАТАН ЧИДАМЛИЛИГИНИ БАҲОЛАШ.

Рабиева Моҳинур Шухратовна

*ТДСИ “ Болалар терапевтик стоматологияси” кафедраси
2-босқич магистратура талабаси. Тошкент шаҳри.*

Ўзбекистон. ORCID ID 0009-0009-6280-9714

mojinurrabiyeva@gmail.com

Тел.номер 97 303 19 01

Диникулов Жўрабек Абдунабиевич

*тиббийёт фанлари номзоди, ТДСИ “ Болалар терапевтик
стоматологияси” кафедраси ассистенти. Тел.номер 97 440 06 78*

Аннотация: Болалар тиш қаттиқ тўқималарининг нокариоз касалликлари билан зарарланишларининг турли шакллари, жумладан, тиш қаттиқ тўқимаси гипоплазияси билан зарарланиш даражасини юқорилиги кузатишмоқда. Сўнгги йилларда болалар орасида тишнинг қаттиқ тўқималарининг гипоплазив зарарланиш кўрсаткичлари бутун дунёда ўсиб бормоқда, бу эса муаммонинг долзарблиги, уни даволаш ва олдини олиш усулларини такомиллаштириш зарурлигини кўрсатмоқда.

Болаларда тиш қаттиқ тўқимасининг нокариоз касалликлари орасида энг кўп эмал гипоплазияси учрайди. Эмал гипоплазияси – тиш чиқишидан олдин шаклланадиган, тиш фоликулаларида рўй берадиган метаболик ўзгаришлар сифатида юзага чиқадиган энг кўп тарқалган касалликдир. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, 1980-2015 йиллар мобайнида системали эмал гипоплазияси (СГЕ) тарқалиши 16-40% ни ташкил этди (А.А. Кибротсашвилли бўйича), 1997 йилдан 2014 йилгача бўлган даврда, гипоплазиянинг тарқалиши 26% га ошди. 2015 йилда ўтказилган эпидемиологик текширув натижасида 12 ва 15 ёшли болаларда доғли гипоплазия тарқалиши мос равишда 27 ва 28 % ни ташкил этганлигини кўрсатди. Хорижий муаллифларнинг фикрига кўра, эмал гипоплазияси тарқалганлиги юқорида ёши саналган болалар орасида 2,8 дан 40,2% гача учрайди.

Ушбу касаллик тиш қаттиқ тўқималарида фаол кариес ривожланишига сабаб бўлади.

Ишнинг мақсади: эмал гипоплазияси мавжуд болаларда эмалнинг кислотага нисбатан чидамлилигини аниқлаш.

Фойдаланилган материал ва методлар: Бухоро шаҳрида яшовчи эмаль гипоплазияси мавжуд 7-18 ёшдаги 45 нафар бемор.

Барча беморлар учта тенг гуруҳга бўлинган: биринчи гуруҳга 15 та бемор, иккинчи гуруҳга 15 та ва учинчи гуруҳга 15 та бемор кирган. I гуруҳ беморларига кальций глицерофосфат таблеткасидан кунига 1г дан 2 маҳал 3 ой ичишга буюрилди. II гуруҳ беморларига эса Ison системаси, III гуруҳ беморларга эса Ison+реминераллаштирувчи терапия қўлланди. Реминераллаштирувчи терапияда ҳар бир инфилтратив муолажа (Ison системаси) «R.O.C.S. Medical Minerals» гели суртилди. Беморлардан 22 нафарини ўғил бола ва 23 нафарини қиз болалар ташкил этади. Беморлар бир вақтда тўпланмаган, тиббий ёрдамга муурожаат қилиш тартибида навбатма-навбат гуруҳларга бўлинган. Тадқиқот даврида барча болалар деярли соғлом бўлиб, яъни ёндош касалликлари йўқ ва тегишли мутахассислар томонидан рўйхатга олинмаган.

Тадқиқот натижалари: тиш эмалларининг кислота таъсирига сезгирлиги (ТЭР-тест) дастлабки кўрувда пациентларда гуруҳларга мос равишда $63,14 \pm 2,24\%$, $65,42 \pm 0,62\%$ ва $68,13 \pm 6,32\%$ атрофида бўлди, бу эмалнинг структуравий – функционал резистентлигининг ўртачалиги билан характерланади.

1-жадвал

ТЭР-тест дастлабки натижалар.		
1-гуруҳ	2-гуруҳ	3-гуруҳ
$63,14 \pm 2,24\%$	$65,42 \pm 0,62\%$	$68,13 \pm 6,32\%$

Эмалнинг кислотали резистентлигини ошириш учун 3-гуруҳнинг профилактик кичик гуруҳларида «R.O.C.S. Medical Minerals» ни қўллаш билан даволаш-профилактик тадбирлар олиб борилди.

2-жадвал

Даволаш динамикасида пациентларда ТЭР-тест ўзгаришларининг кўрсаткичлари

Гуруҳ	ТЭР-тест (%)			
	Дастлабки	3 ой	6 ой	12 ой
1-гуруҳ	$63,14 \pm 2,24$	$66,31 \pm 0,22$	$72,46 \pm 0,38$	$76,61 \pm 0,62$
2-гуруҳ	$65,42 \pm 0,62$	$59,21 \pm 3,29$	$51,91 \pm 2,65$	$46,85 \pm 0,66$
3-гуруҳ	$68,13 \pm 6,32$	$56,16 \pm 1,24$	$47,16 \pm 0,58$	$31,73 \pm 0,41$

Эмаль гипоплазияси мавжуд болаларда эмалнинг деминерализация жараёни қўлланиладиган даволаш-профилактик воситаларига бевосита боғлиқлиги аниқланган. Текширув натижалари эмал реминерализацияси жараёнларининг фойдаланилаётган даволаш-профилактик воситаларига бевосита боғлиқлигини кўрсатди.

Хулоса қилиб айтганда, 12 ойлик кузатишлардан сўнг ТЭР-тест натижаларидан қуйидаги хулосаларни олишимиз мумкин: 1-гурухда $63,14 \pm 2,24$ дан $76,61 \pm 0,62$ гача .1.21 мартага ошди. 2- гуруҳда эса $65,42 \pm 0,62$ дан $46,85 \pm 0,66$ гача ўзгарди. 3-гурухда эса $68,13 \pm 6,32$ дан $31,73 \pm 0,41$ га ўзгарилишига эришилди.

Шундай қилиб, «R.O.C.S. Medical Minerals» каби реминерализацияловчи воситаларни қўллаш тишлар қаттиқ тўқималарининг резистентлигини оширишга, бошланғич кариес ривожланишини стабиллашга имкон беради, бу ҳақида ТЭР-тест ёрдамида клиник баҳолаш далолат беради.

Турли даволаш-профилактик препаратларни маҳаллий қўллашни ўз ичига олган ишлаб чиқилган ва апробациядан ўтган профилактик чора-тадбирлар комплекси оғиз бўшлиғи гигиеник ҳолатини яхшилашга имкон беради, пародонт тўқималари ҳолатини стабиллаштиради ва тишлар кариеси ўсиши кўрсаткичларини камайтиришни таъминлайди, бу асосий стоматологик касалликларнинг асоратланган шакллариининг ривожланишини олдини олади ва болаларга терапевтик ёрдам кўрсатиш сифатини оширишга имкон беради.

ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМЕ ЗУБОВ ПУТЕМ ПЕРЕСАДКИ

Ражабов А.А.

*Кафедра Детской стоматологии Бухарского
государственного медицинского института. Узбекистан*

Актуальность: Частичное отсутствие зубов является самой распространённой патологией зубочелюстной системы. На основании экспериментальных и клинических наблюдений установлено, что нарушение непрерывности зубных рядов вызывает патоморфологические и функциональные изменения вблизи дефекта

и распространяется на весь зубной ряд, а затем и на весь организм в целом. (1,3). Отсутствие зубов у детей приводит к стойким, а иногда к неисправимым изменениям лица заметному уплощению мягких тканей. укорочению верхней губы, прогеническому соотношению челюстей, снижению нижнего отдела лица, что придает лицу больного старческий вид (3,4). Отсутствие зубов приводит к нарушению функции желудочно-кишечного тракта, функции речи.

Учитывая значение и активность проблемы, мы в настоящей работе поставили перед собой **цель**: замещение дефектов зубного ряда у детей путем пересадки зубов.

Материалы и методы исследования: Нами проведено исследование и изучены 22 больных с различными видами травмы того или иного зуба. Наблюдения показали, что чаще всего у детей 58,6 % случаев травмы зубов подвергались 1 и 2 зубы, в том числе и 3. Нижняя челюсть (44,2 %), верхняя челюсть (53,2 % 54,2 %). Нами в условиях амбулатории было изучено и проанализировано 62 амбулаторных карт больных после операции реплантации зубов. В основном операция реплантация зубов проводилась по поводу безуспешных лечений хронических периодонтитов и при полных вывихе постоянных зубов у детей. В большинстве случаев возникновению травмы способствовали активная подвижность детей, активные занятия физкультурой и спортом при отсутствии необходимого контроля со стороны взрослых.

Проведенные нами клинико-рентгенологические и функциональных исследований после пересадки зубов предусматривали изучение процесса приживания реплантата и восстановление его функции. В послеоперационном периоде. Через месяц после операции, когда снимали укрепляющий реплантат шину, общее состояние больного удовлетворительное. Объективно: слизистая оболочка в полости рта и в области реплантированного зуба бледно-розового цвета, пальпация не вызывает болезненности, перкуссия реплантированного зуба безболезненная.

Реплантат неподвижный или отмечается незначительная подвижность. Десна плотно охватывает шейку реплантата.

Через 6 месяцев после операции дентальной реплантации клинически определяется полное восстановление функции реплантата. Больные отмечают, что пользуются реплантированными зубами также, как и другими. Укрепление трансплантатов

наблюдалось через 40 дней, визуально не отмечались от интактных зубов. На рентгенограммах этого периода. отмечается полная или заканчивающаяся репарация костной ткани в области резецированной в ходе операции верхушки реплантированного зуба. Отмечается равномерная тонкая линия периодонтальной щели.

Вывод: Анализ отдаленных сроков реплантации показал, что методы консервации реплантированных зубов влияют и на сроки их функционирования послеоперационном периоде. Мы сделали выводы, что успешность результата реплантации зубов зависит от консерванта, при этом: консервированных в физиологическом растворе 1 – 2 год, а консервированных в растворе «Биодент» на 5 – 6 год послеоперационного периода. Это подтверждает, что после консервации в растворе «Биодент» реплантированные зубы функционируют более длительные сроки, чем при консервации в физиологическом растворе.

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Рахимов Ж.Х., Ф.Р.Камалова

*Кафедра детской стоматологии Бухарского государственного
медицинского института. узбекистан
научный руководитель - д.м.н., доцент*

Актуальность: Стоматологическое здоровье является важной составляющей общего здоровья населения, без сохранения которого невозможно поддержание качества жизни на высшем уровне. Зубы пораженные кариесом у детей, являются очагами хронической инфекции способствующие развитию или обострению соматических заболеваний организма. Опыта предотвращения кариеса зубов в мире пока нет, но известны большие успехи как индивидуальных, так и коммунальных программ первичной профилактики.

Цель: изучение стоматологического здоровья у школьников и оценить влияние на них социальных факторов.

Материал и методы: Нами проведено исследование по проблеме качества жизни школьников стоматологического профиля. Выбраны и детально изучены наиболее часто применяемые в мире шкалы и опросники для оценки качество жизни детей. С целью изучения

стоматологического здоровья, распространенности стоматологических заболеваний и влияния на них социальных факторов нами было проведено клинико-эпидемиологическое обследование 302 школьников г. Бухары в возрасте от 7 до 18 лет. Всех обследуемых разделили на 2 возрастные группы: 1-группа – 7-11 лет (84 мальчики и 97 девочки); 2-группа -12-18 лет (57 мальчики и 57 девочки); После получения положительного информированного согласия родителей на проведение стоматологического осмотра у школьников было проведено анкетирование.

Результат исследования: Анализ показал прямую зависимость значения индекса от возраста пациента. При первичном обследовании школьников преобладали следующие жалобы: неприятный запах изо рта, кровоточивость десен при чистке зубов, изменение цвета зубов и десны, наличие налета. Распространенность кариеса постоянных зубов у детей при клиническом осмотре составила 75,9%, что соответствует высокому уровню интенсивности кариеса постоянных зубов, а молочных зубов этот показатель составил 86,9%. Среди осмотренных школьников 14 лет процент здоровых детей с интактными постоянными зубами составил 15,1%, среди них процент детей со здоровыми тканями пародонта и интактными постоянными зубами - 5,22%. При оценке клинических наблюдений 1-группы мы больше сталкивались с аномалиями зубов и зубных рядов у 44,3% осмотренных. При клиническом обследовании установлено, что из общего числа детей с зубочелюстными аномалиями у 75,5% наблюдался кариес зубов.

Вывод: Стоматологическое клиническое обследование показало, что процент здоровых подростков ниже, чем детей до 12 лет, и составляет 4,5. Соответственно 95,5% подростков имели различные стоматологические заболевания, из них у 73,4% наблюдалось сочетание зубочелюстных аномалий с кариесом и нарушениями со стороны тканей пародонта. Зубочелюстные аномалии выявлены у подростков в 61,8% случаев.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА АЭРОДЕНТ

Рахматова Д. С.

*Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али
ибн Сино кафедра детской стоматологии*

Кариес зубов у детей является более серьезной проблемой для здравоохранения в связи с высокой распространенностью заболевания и низкой эффективностью проводимых лечебно-профилактических мероприятий. Вместе с тем, тенденции формирования и развития стоматологической заболеваемости детского населения в условиях повышенной антропогенной нагрузки городской среды обитания, а также планирование и реализация комплексных программ профилактики стоматологических заболеваний, адекватных степени напряжения санитарно-гигиенической ситуации и экологического неблагополучия требуют дальнейшего уточнения. Совершенствование профилактических, диагностических и лечебных мероприятий на основе изучения мониторинга стоматологической заболеваемости, направленных на снижение распространенности и интенсивности кариеса у детей, определяет актуальность избранной для исследования проблемы, решение которой имеет крайне важное научное и практическое значение.

Ключевые слова апексогенез, пульпы, ортодонтических аппаратов, Аэродент.

Актуальность. Лечение травм зубочелюстной области у детей часто вызывает трудности у стоматолога, беспокоит ребенка и родителей. Травматические повреждения зубов чаще встречается как самостоятельный тип травмы у детей. Под травмой зуба понимают нарушения анатомической целостности зуба, окружающих его тканей или изменения положения зуба в зубном ряду. По данным как отечественных, так и зарубежных авторов, каждый 3-4 ребенок подвержен острой травме зубов в той или иной степени. Большинство случаев вызвано падениями или несчастными случаями во время игр или занятий спортом. Чаще повреждения встречаются у мальчиков. Предрасполагающим фактором является глубокое резцовое

перекрытие. Резцовое перекрытие 3-6 мм удваивает частоту травм резцов по сравнению с показателем 0-3 мм. Резцовое перекрытие более 6 мм увеличивает риск в 3 раза.

В настоящее время у детей от 1 до 5 лет широко распространены заболевания слизистой оболочки полости рта стоматит и кариес зубов. Для профилактики и лечения этих заболеваний можно использовать зубную чистящую капсулу "Аэродент". В настоящее время увеличиваются разновидности зубных чистящих средств для детей, но их неэффективность и трудность использования приводит в итоге к увеличению инфекционных заболеваний полости рта, стоматитов и кариеса зубов.

По данным A.Cameron, R.Widmer, 2003 частота встречаемости 22% детей получают травму постоянных зубов до 14 лет. Соотношение мальчики и девочки составляет 2:1. Наибольшее количество случаев наблюдается в возрасте 8- 10 лет. В основном повреждаются верхние передние зубы. Чаще повреждается один зуб. Диагностика степени повреждения зубов после удара затруднительна.

Лечение травм, сопровождающихся повреждением пульпы или смещением зуба, всегда связаны с риском, так как его последствия непредсказуемы. Выбор тактики лечения будет зависеть от характера повреждения, вскрытия пульповой камеры, сохранения жизнеспособности пульпы и зоны роста, стадии формирования корней, сроков обращения в клинику после получения травмы. Кроме того, повреждение апикальных сосудов может стать причиной гибели тканей периодонта и нарушить рост и формирование корня зуба. Наибольшее число ошибок связано с лечением зубов с несформированными корнями. Принципы лечения травм зубов у взрослых не всегда оправданы для детей. Это требует дифференцированного подхода к лечению зубов в зависимости от степени формирования корня в длину.

Преимущества "Aerodent" следующее:

- В чистящей капсуле вместо воды используется лечебный экстракт.
- Наша полезная модель многокамерная, то есть имеет 30 трубочек способствующих чистки зубов со всех поверхностей зуба и зубных промежутков.
- Основной функцией нашей модели является быстрое и качественное лечение гнойного воспаления ротовой полости.

- Использование чистящей капсулы очень прост и одномоментный процесс, им могут пользоваться дети.

- Его можно использовать в качестве зубной щетки для нейтрализации кислот и сохранения нормальной биосреды ротовой полости.

Эта полезная модель может использоваться в стоматологии и отоларингологии для промывки зубов и ротовой полости. Чистящую капсулу можно использовать для лечения и профилактики стоматитов полостей рта, трофических ран, повреждений слизистой оболочки, кариеса зубов и органических изменений твердых тканей зубов.

Основная цель использования чистящих капсул:

- Чистка и нейтрализация кислот с поверхностей зубов после еды.

- Нормализация *ph* среды ротовой полости.

- Восстановление эубиоза ротовой полости и уменьшение патогенных микроорганизмов.

- Сохранения органотрофики зубов и десен.

Правильная постановка быстрого, дешевого, эффективного лечения и профилактики кариеса зубов и стоматитов. Зубная капсула "Aerodent" состоит из 2 частей "капа соответствующая форме зубной борозде" и "ампула для экстракта". Эти части чистящей капсулы соединены между собой и используются для чистки контактных поверхностей зубов (*facies contactus*), сохранения внутренней *ph* среды, нормализации эубиозы ротовой полости.

Ампула для экстракта – это специальный герметический сосуд, имеет трубочку через, которую экстракт под большим давлением переходит в сосуды капы. Ампула может быть изготовлена из никеля или силикона. Объем ампулы 800 см³ и содержит при себе 800мл жидкости. При одноразовом использовании расходуется 10 мл жидкости, это значит, что можно использовать около 80 раз. Жидкость выходит из ампулы в виде аэрозоля. Его используют дети после еды для сохранения постоянства зубных рядов, и для уменьшения пищевых остатков и патогенных микроорганизмов в ротовой полости. Ребенок используя "Aerodent" надевает капу и нажимают на кнопку аэрозоля, экстрактом выделившейся под большим давлением чистит зубы верхней челюсти сверху вниз и нижнюю челюсть снизу вверх.

Цель исследования: Сейчас в мире используют Water flosser (WP-660E2-instruction-manual.pdf) и DENTAL SPA water floss irrigator их используют не для лечения заболеваний полости рта и зубов, а только для их профилактики. Модель "Aerodent" отличается от них.

Материал и методы. Состав экстракта жидкая суспензия, настойка, и прозрачная жидкость; для определения вида и состава экстракта учитывают вид болезни, стадию, состояние больного, возраст и цель применения.

В зависимости вида и состояния болезни определяется состав эйдкости ампулы:

1. Отдельный экстракт для лечения стоматита.
2. Отдельный экстракт для лечения зубных поражений.
3. Отдельный экстракт для промывки и профилактики заболеваний ротовой полости.

Зубной капсулой могут пользоваться дети от 4 лет. Используют после еды, надевая капу нажимают на кнопку аэрозоля. При этом выделившийся аэрозоль распространяется от зубных полостей по всей ротовой полости.

Показания к применению зубных капсул: для профилактики до и после зубных поражений и заболеваний полости рта, стоматит, гингивит, парадонт, воспаление слизистой оболочки полости рта, кариес, чистка и профилактика образования желтых бляшек в коронковой части зуба, для защиты ротовой полости от патогенных микроорганизмов.

Противопоказания к применению зубных капсул: в основном при хирургических операциях выполненных в ротовой полости, остро очаговом и распространенном гнойном воспалении, при кислотных и термических ожогах ротовой полости и у детей с не прорезывшими зубами.

Результаты исследований: Из этой капсулы пользовались 30 пациента, 20 пациентов часто болели стоматитом и использовали для лечения стоматита, а остальные 10 пользовались для профилактики и поддержание нормальную биосреду полости рта. Пациенты которые часто болели стоматитом, после пользования капсул, последние три месяца болезнь не наблюдалось. Пользователи для профилактики и поддержание нормальную биосреду полости рта, поддерживая "Aerodent" сказали, что у них не возникли проблемы с капсулой.

Вывод: В настоящее время для быстрого, эффективного, безвредного и дешевого лечения и профилактики кариеса зубов и стоматитов у детей и взрослых можно воспользоваться чистящей зубной капсулой. Зубная капсула "Aerodent" обеспечивает чистую среду в ротовой полости, нормальное состояние зубов и слизистой оболочки ротовой полости. Больные дышат свободно, и ощущают чистый холодный воздух. Антибактериальные вещества убивают патогенные микроорганизмы. Научная работа запатентована № FAP – 20190031

БОЛАЛАРДА КАТАРАЛ ГИНГИВИТЛАРНИ ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Сапаев Р.А., Саидов А.А.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Тадқиқот долзарблиги. Болалар ёшида пародонт касалликларини даволаш стоматологиянинг муҳим ва мураккаб муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланади. Унинг долзарблиги пародонт яллиғланиш касалликларининг юқори частотаси, организмда сурункали инфекция ўчоқларининг пайдо бўлиши, болалар ёшида иммун тизимининг тўлиқ ривожланмаганлиги, болаларда оғриқ синдромларида руҳий ҳолатнинг барқарорлаштиришни қийинлиги билан ифодаланади.

Пародонт ва тиш-жағ тизими асосий вазифаларининг жадал намоён бўлишига организмни ташқи салбий омилларни таъсирига, унинг сенсibiliзацияси ва интоксикацияси кўмаклашади (Грудянов А.И. 2006, Гаража Н.Н. 2008).

Олимларнинг охириги йиллардаги тадқиқотлари наъматак, алоэ ва анор данаги мойи юқори самарадорлигини тасдиқлайди. Юқорида қайд этилган ўсимлик воситаларининг қўлланилиши пародонтдаги яллиғланиш жараёнларини тўлиқ бартараф этиш муддатларини камайтириш имкониятини беради.

Тадқиқот мақсади. Маҳаллий “анор данаги мойи” препаратини катарал гингивитли беморларда клиник самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари. Сурункали генераллашган катарал гингивитли 10-18 ёш оралиғидаги 135 та болалар кўриқдан ўтказилган. Текширилган гуруҳ беморларида пародонт яллиғланиш

касалликларининг кечишига таъсир қилувчи касалликлари бўлмаган. Кўриқдаги беморларнинг умумий сонидан 81нафари (60%), ортодонтик даволаниш босқичида бўлган. Сурункали катарал гингивит ташҳиси клиник кўрик ва инструментал текшириш маълумотлари асосида қўйилган.

Даволаш натижаларини баҳолаш мақсадида пародонтал индекслар аниқланган: гигиена индекси (Greene–Vermillion бўйича ОНІ–S), гингивал индекс (Silness–Loe бўйича РМА) ва милкларни қонаш индекси (Mühlemann бўйича).

Тадқиқот натижалари. Кўриқдан ўтказилган сурункали генераллашган катарал гингивитли беморларни даволаш фонида ижобий клиник кўриниш кузатилган: иккала гуруҳ беморлари шиллиқ қавати нормал рангда, милк чегараси ва сўрғичлар оч пушти рангда, зич консистенцияда бўлган, дискомфорт, милкдаги оғриқ ва қичишларга шикоятлар бўлмаган. Аммо, назорат гуруҳидаги ананавий даволанган 6 нафар беморда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати қуруқлашиши, 3 нафар беморда эса тишлар ва пломба юзаларининг жигаррангга бўялганлиги кузатилган. Пародонтал индекслар динамикаси қуйидаги жадвалда келтирилган.

**Оғиз бўшлиғи гигиена индексининг Greene–Vermillion бўйича ОНІ–S
кўрсаткичлари динамикаси**

Гуруҳ	Беморлар сони	Даволашдан олдин	Даволашдан сўнг
Асосий	115	1,7±0,12	0,14±0,03
Назорат	20	0,85±0,13	0,21±0,03

Жадвалдан кўриниши бўйича, пародонтал индексларнинг яхшиланиш тарафга силжиши кузатилмоқда.

Хулоса. Махаллий “анор данаги мойи” препарати болаларда гингивит динамикасига нафакат объектив маълумотлар бўйича, балки индексли ва клиник баҳолаш натижалари бўйича ҳам ижобий таъсир кўрсатди. Шунини таъкидлаш лозимки, мазкур препарат клиник самарадорлиги билан бир қаторда, воситанинг арзонлигини акс эттирувчи иқтисодий самарадорликка эгадир, ҳамда хорижий аналоглардан кам бўлмаганлиги ва баъзи жихатлардан устунлик қилиши билан белгиланади.

МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР РИВОЖЛАНИШИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Сафарова М.С.

*Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти
Бухоро ш. Ўзбекистон*

Тадқиқотнинг долзарблиги. Стоматологик касалликларнинг ривожланишига олиб келувчи хавф омили бўлиб оналарнинг болаларни табиий, кўкрак билан озиқлантиришни самарасиз тарғиб қилиниши ҳисобланади. Кўпгина тадқиқотчилар фикрига кўра, тишлар кариесини олдини олиш эрта болалик ёшида ва мактабгача бўлган ёшда стоматологик хизматнинг асосий мақсади бўлиб ҳисобланади. Шу ёш гуруҳларида тиш кариесининг тарқалганлиги ва интенсивлиги ёрқин ифодаланган ортиш тенденциясига эга. Айнан орган ва тизимларнинг тез ўсиши, функцияларининг шаклланиши мактабгача ёшдаги бола ёши тиш-жағ тизими патологияси шаклланиши учун хавфли ҳисобланади. Мазкур организм ўсиши босқичида бола патоген таъсирларга ўта таъсирчан, бу тиш-жағ тизими ва хусусан тишлар ривожланишининг бузилишига олиб келади. Тиш-жағ тизими ривожланиши ва шаклланиши учун мақбул шарт-шароитларнинг яратилиши асосий стоматологик касалликларнинг юзага келишини олдини олишда етакчи бўлин бўлиб ҳисобланади.

Мақсадимиз озиқланиш турига кўра, мактабгача бўлган болаларда стоматологик касалликлар профилактикасини такомиллаштириш.

Материаллар ва усуллар. Тадқиқотимизда 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган 1066 нафар мактабгача ёшдаги болалар иштирок этди. Болаларнинг бу ёш даври сут тишлов, яъни барча сут тишларининг чиқиши, ҳамда оғиз бўшлиғида янги чиққан доимий тиш эмалининг етарли минераллашмаганлиги оқибатида тишларнинг кариес билан зарарланиши учун энг қулай давр сифатида танланди. Болалардаги мавжуд тиш-жағ тизими патологияси хавфининг асосий омилларини аниқлаш мақсадида ота-оналар ўртасида сўровнома ўтказилди.

Тузилган сўровнома 40 та саволдан иборат бўлиб, у боланинг тиббий – ижтимоий ва тиш – жағ патологияларининг асосан қайси

омиллардан келиб чиқаётганлигини аниқлаш ва баҳо бериш учун тузилган эди. Булардан ташқари физик дискомфорт, яъни ноқулайлик ва функционал бузилишлар (1 ва 5 саволлар), шунингдек оиладаги тиббий – ижтимоий (9 ва 11 саволлар) саволлардан иборат бўлди. Ҳар бир саволга жавоб тариқасида 5 та вариантда жавоб кўрсатилиб, уларнинг ҳар бирига балл тариқасида баҳо берилди.

0 дан 44 баллгача бўлган балл доирасида: 0-10 балл - паст хавф, 11-28 балл – ўрта хавф, 29 баллдан ортиқ балл стоматологик касалликлар ривожланиши ва тиш-жағ тизими патологияси шаклланишининг юқори хавфи деб баҳоланди.

Натижалар ва муҳокама. Болалар стоматологнинг объектив кўригидан кейин гигиеник индекс (ГИ), индекс кариес-пломба-олиб ташланган тиш (КПУ), тиш формуласи ва умуман тиш-жағ тизими ҳолатини ўз ичига олган 17 та банд тўлдирилди. Қолган 11 та савол стоматологик касалликларнинг бола ва унинг оиласи ҳаёти сифатига таъсирини баҳолашга қаратилган эди. Боланинг авлодида стоматологик касалликларга мойил бўлган наслий ёки генетик касалликлар бўлганми, онадаги ҳомиладорлик қандай ўтган, ҳомиладорлик вақтида она қандай касалликлар билан оғриган, ҳомиладорлик вақтида қандай дори препаратлари қабул қилинган, қанча вақтгача болани кўкрак билан озиқлантирган, бола сўрғич олганми, олган бўлса қанча вақтгача олган, ширинликларни кўп истеъмол қиладими, бола тез – тез касал бўладими ва бу даврда қайси антибиотиклар қабул қилган, бола турар жойида болалар стоматологлари мавжудми, аниқланган ва тўпланган маълумотлардан келиб чиқиб, болага тез муддатда стоматолог ёрдами ёки бошқа мутахассислар кўригига муҳтожми йўқми, қандай тавсиялар бериш мумкинлиги ҳақида хулосалар қилинди.

Биз томондан ишлаб чиқилган “Сунъий озиқлантиришда бўлган болаларда тиш-жағ тизими касалликларини олдини олиш” саволномаси (DGU 13451) орқали болаларнинг стоматологик ҳолатига баҳо берилди.

Клиник текшириш эса болани юз ташқи кўринишидан бошланиб, оғиз бўшлиғи ҳолати, боланинг ўзи ва ота – оналари билан олиб борилган суҳбат ва мавжуд зарарли одатлар ҳақидаги йиғилган маълумотлар асосий бўлиб ҳисобланди. Биз томондан олиб борилган изланишлар ва йиғилган маълумотлар натижаси шуни кўрсатдики, стоматологик касалликлари мавжуд болаларнинг ота-оналаридан

сўровнома олиш вақтида болалардаги мавжуд зарарли одатлар ва кариесоген факторлар қуйидагиларни ташкил қилди.

- қўл бармоқларини сўриш одати - 37 (9,2%)
- тил, лаб, лунж, бошқа буюмларни тишлаш одати - 43 (10,7%)
- тирноқлар, қатгий жисмларни тишлаш одати - 78 (19,4%)
- чайнов функциясининг бузилиши (чайнов функциясининг сусайиши) - 51 (12,7%)
- нотўғри ютиш ва тишларга тил билан босиш одати (инфантил ютиш) - 33 (8,2%)^{3%}
- ухлаш вақтида лунж остига қўлни қўйиб ётиш - 3%
- оғиз орқали нафас олиш - 86 (21,3%)
- уйқу олдида ширин чой, сутли ва ширинлаштирилган шарбатларни истеъмол қилиш - 74 (18,5%)

Сунъий озикланишда бўлган 357 нафар боланинг 256 (71,8%) нафарида зарарли одатлар мавжуд бўлиб, тиш-жағ қатори нуқсонлари аниқланган.

Зарарли одатларга эга болалар орасида:

- 71% — дистал тишлов;
 - 37% — вертикал тишлов;
 - 28% — мезиал тишлов;
 - 14% — физиологик диастема ва тремалар;
 - 12% — кесишган тишлов;
 - 1% — доимий курак тишларнинг нотўғри жойлашуви;
- каби тиш-жағ қатори нуқсони ҳолатлари аниқланди.

Мактабгача ёшдаги болаларда стоматологик касалликларнинг ривожланишига туртки бўлувчи энг кенг тарқалган омил бўлиб бурундан нафас олишнинг бузилиши бўлиб ҳисобланди. Оғиз орқали нафас олиш зарарли одатига эга 86 нафар болада (21,3%) бурун ҳалқум тизими коморбид патологияси (сурункали синуситлар, аденоидит, аллергик ринит, ЎРВИ) оқибати бўлган.

Хулоса қилиб айтганда болаларда стоматологик касалликларнинг эрта ривожланиши учун асосий хавф омилларидан бири чақалоқлик даврида сунъий ва аралаш озиклантиришдир. Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, стоматологик касалликлар ривожланишининг хавф омилларини ўз вақтида бартараф этиш стоматологик касалликларнинг олдини олиш имконини беради.

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА В ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Сироджидинов Ш.Б., Джумаев Ш.М.

*Научно клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии Душанбе, Таджикистан*

Прежде всего следует отметить, что успехи, достигнутые за последние десятилетия в области реконструктивной хирургии средней зоны лицевого черепа, являются значительным прогрессом в пластической хирургии. Это прежде всего связано с именами Tessier и Obwegeser. Причем первого автора считают отцом черепно-челюстно-лицевой хирургии, который прошел длинный путь от проблемы лечения деформации черепа до все более и более активно разрабатываемой проблемы раннего хирургического устранения аномалий и деформаций лицевого и мозгового черепа. Следует сказать, что по мере накопления опыта методики лечения усовершенствовались и предлагались новые подходы, связанные с тем, что не во всех случаях достигался стойкий лечебный эффект.

Методы применяемые при лечении деформации средней зоны лица не лишены недостатков. Они достаточно травматичны, требуют большого опыта и навыка их выполнения при этом значительно нарушается кровоснабжение остеотомированного фрагмента и его жизнеспособность обеспечивается в основном за счёт небных дужек к тому же образуются значительные диастазы (5-15 мм) и минимальный контакт между тонкостенными костными фрагментами при этом контактные поверхности остеотомированных фрагментов очень незначительны-от 0,8 мм в области передней стенки и бугра верхней челюсти до 4 мм в области альвеолярных отростков в связи с вышеизложенного имеют места интра- и послеоперационные осложнения, также нередки случаи частичного и полного рецидива.

Одним из важных факторов костеобразования в оптимальных условиях является плотное соприкосновение костных фрагментов, максимальный контакт площади соприкосновения и жесткая фиксация остеотомированных фрагментов. При традиционно выполняемых одномоментных перемещениях верхнечелюстного комплекса имеет место выраженное несоответствие контактных

поверхностей остеотомированного фрагмента с костной поверхностью материнской почвы, при этих операциях создаются весьма неблагоприятные условия для репаративной регенерации кости и выполнения этих операций, в период роста костей лицевого черепа детско- и подростковым возрасте не рекомендуется. Поэтому, наряду с существующими методами, закономерен поиск новых щадящих подходов в лечении этих больных, что обогатило бы арсенал практических врачей. При поиске новых путей решения этой проблемы мы исходили из соображении как можно свести к минимуму вышеизложенные негативные стороны существующих способов оперативного лечения деформаций средней зоны лицевого черепа. Как альтернатива нами предложены варианты избирательной щадящей остеотомии с последующим перемещением остеотомированного фрагмента методом дистракционного остеогенеза. С учетом характера деформации рекомендуем проведение избирательной остеотомии верхней челюсти в подслизисто мягкотканых тоннелях, либо проведение «закрытой» остеотомии верхней челюсти пилой Джигли. (Таиров У.Т., с соавт. авторский свидетельство № 876124, выданное Гос. Ком. СССР по изобретениям и открытиям от 4.02.1980»). В отделении челюстно-лицевой хирургии научно-клинического института стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с 2012 года по настоящее время прооперированы и пролечены 17 детей и подростков (в возрасте 11-16 лет, из них 9-мальчиков, 8-девочек) с микро- и ретрогнатией верхней челюсти методом дистракционного остеогенеза. У родителей всех больных получено информированное согласие на проведение операции и обработку персональных данных. Предлагаемый метод малотравматичен особенно эффективен при выраженных недоразвитиях верхней челюсти, обусловленные ранее проведенными операциями по поводу врожденной расщелины губы и неба. При этом возможно применение методики в раннем детском возрасте, после смены молочных зубов на постоянные. Дозированное перемещение остеотомированного фрагмента проводили внеротовым дистракционным аппаратом Таирова (авторское свидетельство №1561960, выданное Гос. Ком. СССР по изобретениям и открытиям от 08.01.1990) на основе торако-цервикального корсета, который более комфортен для пациентов и позволяет достичь хороших эстетических и функциональных результатов сводя к минимуму развития рецидива заболевания.

ИЗУЧЕНИЕ КАРИЕСОГЕННЫХ ФАКТОРОВ КОНСЕРВИРОВАННЫХ ПРОДУКТОВ ДЛЯ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ

*С.В. Свердлова^а, Н.А. Соколович^а, Н.З. Джахангирова^а
Я.А. Ковальчук^б, М.Ф.И. Жаворонок^б, А.В. Булатов^б*

*^а Санкт-Петербургский государственный университет,
Медицинский институт, Кафедра стоматологии
РФ, 199034, Санкт-Петербург, Менделеевская линия, д.5*

*^б Санкт-Петербургский государственный университет, Институт
химии РФ, 198504, Санкт-Петербург, Петергоф, Университетский пр., 26*

Введение. Алиментарный фактор признается одним из ведущих в этиопатогенезе кариеса зубов. Организация питания детей раннего возраста, в том числе, вопросы введения прикорма, его состав, содержание в нем фторидов и кислотность могут влиять на формирование твердых тканей зубов ребенка, их минерализацию, а следовательно, на восприимчивость к кариесу и поддержание кариесогенной ситуации в полости рта.

Цель: на основании результатов определения кислотности и содержания фторидов разработать общие рекомендации по снижению возможного кариесогенного влияния консервированных продуктов для детей раннего возраста.

Задачи:

1. Определить алгоритм использования, наиболее популярные виды готовых консервированных продуктов для детей раннего возраста в качестве прикорма в г. Санкт-Петербурге;
2. Определить кислотность проб популярных консервированных продуктов для детского питания;
3. Установить содержание фторидов в составе проб консервированных продуктов для детского питания.
4. Определить способы снижения возможного кариесогенного влияния консервированных продуктов для детского питания.

Материалы и методы: Алгоритм использования, наиболее популярные торговые марки и виды готового консервированного детского питания для детей раннего возраста в качестве прикорма в г. Санкт-Петербурге определялись в процессе ан

кетирования 398 родителей сопровождавших своих детей 3–10 лет на профилактическом осмотре. Исследование проводилось на двух базах: СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 24» и СПб ГБУЗ «Городская детская стоматологическая поликлиника № 6».

Химический анализ 130 проб консервированных продуктов для детского питания выполнялся на кафедре аналитической химии Института химии СПбГУ определены их кислотность (рН) и содержание фторидов. Для определения кислотности проб использовали иономер (И-510, Аквилон, Россия), оснащенный комбинированным рН-электродом. Определение содержания фторидов в пробах проводили потенциометрическим методом с использованием иономера (И-510, Аквилон, Россия), оснащенного фторид-селективным электродом и хлорсеребряным электродом сравнения. Для определения следовых концентраций фторидов также применяли способ, разработанный на кафедре аналитической химии СПбГУ. Полученные результаты были систематизированы. Для их статистического анализа использовалась программа Excel 365 (Microsoft).

Результаты: В процессе анкетирования выяснилось, что большинство родителей (82,74 %) начинали введение прикорма в период 4–6 месяцев жизни младенца. При этом на момент начала прикорма у 67,75 % детей опрошенных родителей прорезались 2–4 зуба. Введение прикорма начиналось постепенно и в течение второй половины первого года жизни доводилось у 22,22 % детей до потребления 100 г.-150 г. 2–3 раза в день, и у 69,97 %–3 раза в день.

Продолжительность применения продуктов готового консервированного детского питания до 1 года наблюдалась у 31,55 % детей, до 1,5–2 лет – у 40,47 %, до 3-х лет – у 8,93 %. Кроме того, 11,90 % детей получали готовое фруктовое пюре в до 5–6 лет. При этом, 69,76 % опрошенных родителей в качестве прикорма использовали все виды готового консервированного детского питания, включая овощное, мясное, фруктовое и многокомпонентное, остальные выбирали комбинации продуктов, следуя предпочтениям ребенка.

Анализ состава фруктовых пюре показал, что показатели рН всех пюре выше минимально допустимых (3,3), однако для запуска процессов деминерализации эмали временных зубов критическим значением рН является 6,2, следовательно низкое значение кислотности фруктовых пюре следует воспринимать как

потенциально кариесогенный и эрозивный потенциал данного вида питания, особенно в совокупности с весьма незначительным содержанием в нем фторидов. Овощные пюре обладают более высоким значением показателя рН (от 4,49 до 5,91) и содержание в них фторидов выше, чем во фруктовых пюре. Мясные пюре имеют еще более высокие значения кислотности, чем овощные, однако и в мясных пюре значения рН находятся в критическом диапазоне (5,65- 6,47). Содержание фторидов выше, чем во фруктовых пюре, но ниже, чем в овощных (от 0,093 до 0,197).

Выводы:

1. Большинство родителей, принявших участие в анкетировании, знакомы с правилами введения прикорма, вводили прикорм вовремя, постепенно, соблюдая рекомендуемую последовательность продуктов и вовремя заканчивали использование данного вида питания для детей. Тем не менее, 43% родителей не соблюдают данные правила;

2. Недостаточное содержание фторидов в составе образцов готового консервированного детского питания в условиях Санкт-Петербурга, где содержание фторидов в воде ниже рекомендуемых норм, является фактором, неблагоприятно влияющим на кариесрезистентность твердых тканей зубов и поддерживающим кариесогенную ситуацию в полости рта;

3. Благодаря низким значениям показателя рН консервированное детское питание обладает эрозивным и кариесогенным потенциалом;

4. Рекомендации:

- как педиатрам, так и стоматологам необходимо дальнейшее ведение разъяснительной работы по поводу важности соблюдения сроков и продолжительности применения консервированных продуктов для прикорма;

- применение дополнительных способов безопасного введения фторидов: использование бутилированной воды с оптимальным их содержанием, раннее использование фторидсодержащих средств гигиены и т.п.;

- повышение санологической культуры родителей с целью ответственного отношения к стоматологическому здоровью детей и осознания ими необходимости раннего гигиенического ухода за зубами младенцев с момента их прорезывания.

СРОКИ И ДИНАМИКА ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

С.С. Муртазаев, М.Ш. Афакова

*Кафедра детской стоматологии Бухарского государственного
медицинского института*

Актуальность: Сроки прорезывания - это ориентировочные величины нормального прорезывания зубов, прорезывание зубов является сложным и до конца не изученным процессом. Существует три основных правила физиологического прорезывания зубов: определенные сроки прорезывания, парность прорезывания, и определенный порядок прорезывания. Любые нарушения в этих трех закономерностях приводят к нарушению формирования зубочелюстной системы.

В настоящее время у детей дошкольного и школьного возраста сроки прорезывания постоянных зубов подвергаются значительным изменениям. Причинами являются общие и местные факторы.

Вследствие разноречивых сведений о сроках и динамики прорезывания постоянных зубов было актуально определение более точных сроков прорезывания постоянных зубов у детей проживающих в Бухарской области.

Цель: Повышение эффективности профилактики кариеса с учетом сроков прорезывания постоянных зубов у детей проживающих в Бухарской области.

Материалы и методы: По данной работе нами было обследовано 60 детей (30 девочек и 30 мальчиков) в возрасте от 5-15 лет. Методы исследования включают проведение клинических, эпидемиологических и фотометрических методов исследования. У каждого обследуемого ребенка изучается стоматологический статус.

Результаты исследования. В результате обследования детей будут изучены причины нарушения сроков динамики и прорезывания постоянных зубов, определены некоторые расхождения со стандартными сроками прорезывания зубов, также изучены половые различия в прорезывании постоянных зубов. Отдельное внимание будет обращено на наличие ассиметричного прорезывания верхних зубов у детей.

В ходе исследования ожидается получить ответ на следующие вопросы: причины нарушения сроков прорезывания, таких как

наследственность, генетическая предрасположенность, климатические условия, характер питания, раннее удаление и т.д., все это приводит к нарушению прорезывания постоянных зубов и запускает механизм нарушения формирования ЗЧС.

Выводы. Возраст прорезывания постоянных зубов важный показатель биологического развития и морфологического статуса ребенка. Для физиологической смены необходимо соблюдение сроков парности и последовательности постоянных зубов. Нарушение сроков и последовательности прорезывания зубов может привести к деформации зубных дуг и развитию зубочелюстных аномалий. Профилактические осмотры полости рта у будут способствовать предупреждению развития зубочелюстных аномалий или значительно снижать степень ее тяжести. С точки зрения ортодонтии ранняя потеря молочного зуба это довольно серьезная проблема т.к. всегда приводит к смещению при прорезывании постоянных зубов, весь зубной ряд начинает формироваться асимметрично сдвигая в сторону образовавшиеся пространство, а также приводит к нарушению зубочелюстной системы.

ТЕЗ-ТЕЗ КАСАЛЛАНАДИГАН БОЛАЛАРДА ОДОНТОГЕН ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Ташева Гулчехра Суляймановна

*Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро вилоят болалар кўп
тармоқли тиббиёт маркази*

Тадқиқотнинг долзарблиги: Жаҳонда турли даражадаги соматик касалликлар мавжуд болаларда одонтоген йирингли-яллиғланиш касалликларининг тарақалиши ҳамда касалланиш даражасини баҳолаш, асоратларини олдини олишга қаратилган тадбирларда касалликни маҳаллий ва умумий даволаш усулларини қўллаш борасида кенг қўламда илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда. Бу борада жарроҳлик муолажаларидан сўнг маҳаллий ёки умумий даво мақсадида фаол таъсир кўрсатадиган турли биологик ва кимёвий воситалар ишлаб чиқилган ва уларнинг қўлланилиши таклиф қилинган. Бироқ, турли касалликлар билан тез-тез касалланиб турувчи болалар орасида одонтоген йирингли-яллиғланиш турига кўра патогенетик асосланган комплекс даволашни такомиллаштириш усуллари ва аниқ ҳолатга қараб фойдаланиш учун кўрсатмалар ва

қарши кўрсатмалар ишлаб чиқилмаган. Шу сабабли тез-тез касалланиб турувчи болаларда одонтоген йирингли-яллиғланиш касалликларини комплекс даволашни такомиллаштириш тиббиётнинг долзарб илмий ва амалий муаммоларидан бири бўлиб ҳисобланмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади: тез-тез касалланадиган болаларда одонтоген яллиғланиш касалликлари кечиши ва даволашнинг ўзига хос хусусиятларини ўрганиш ва комплекс даволашни такомиллаштиришдан иборат бўлган. **Тадқиқот объектлари:** сифатида 2019-2022 йиллар давомида Бухоро вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази юз – жағ жарроҳлиги бўлимида ўткир одонтоген яллиғланиш касалликлари билан касалланган 3 ёшдан 17 ёшгача бўлган 151 нафар бемор болалар олинган.

Натижа ва таҳлиллар. Бухоро вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази юз-жағ жарроҳлиги бўлимига тез-тез касалланадиган ва одонтоген ЙЯК билан касалланган 3 ёшдан 17 ёшгача бўлган 122 нафар болалар кузатув гуруҳи сифатида, шу ёш оралиғидаги ҳамроҳ касаллиги аниқланмаган, лекин одонтоген ЙЯК мавжуд 29 нафар бемор назорат гуруҳи (НГ) сифатида тадқиқотга жалб қилинган.

Тадқиқотга жалб қилинган бемор болалардаги одонтоген ЙЯК турига кўра 6 гуруҳга бўлиб ўрганилган:

I кузатув гуруҳи - ўткир одонтоген абцесс ва флегмонаси билан касалланган 49 нафар бемор болалар;

I назорат гуруҳи - беморлари сони 12 нафарни ташкил қилган;

II кузатув гуруҳи - ўткир одонтоген периостит билан касалланган 53 нафар бемор болалар;

II назорат гуруҳи - беморлар сони 8 нафарни ташкил қилган;

III кузатув гуруҳи - ўткир одонтоген остеомиелет билан касалланган 20 нафар бемор болалар;

III назорат гуруҳи – бемор болалар сони 9 нафарни ташкил қилган.

Тадқиқотга жалб қилинган болалар ёшига кўра 3 гуруҳга ажратилган. Бунда ёш мезонлари ЖССТ болалар ёш гуруҳларини белгилаш I устунидан фойдаланиб, 3-6 ёш, 7-11 ёш ҳамда 12-17 ёш гуруҳларига ажратилган.

Тез-тез касалланадиган одонтоген ЙЯК билан касалланган болаларни ёши ҳамда жинси бўйича гуруҳлараро тақсимланиши 1-расмда келтирилган.

Барча гуруҳларда тез-тез касалланадиган жинс вакиллари сифатида ўғил болаларда одонтоген яллиғланиш касалликлари кўпроқ учраши аниқланган.

Назорат гуруҳи бемор болаларининг ёши ҳамда жинси бўйича гуруҳлараро тақсимланиши 2-расмда келтирилган. Одонтоген ЙЯК билан касалланган ҳамда сўров вақтида бошқа касалликлар билан касалланиши аниқланмаган назорат гуруҳи болалари жинс тақсимотида ўғил болалар 18 нафарни, қиз болалар 11 нафарни ташкил қилган. Бу гуруҳда ҳам ўғил болаларда қиз болаларга нисбатан касалланиш тенденцияси юқориликдан дарак беради. Бу кўрсаткич бўйича кузатув ва назорат гуруҳларида ишонарли фарқ аниқланмаган ($p < 0,05$).



1-расм. Кузатув гуруҳи бемор болаларининг ёши ва жинсига кўра гуруҳлараро тақсимланиши.



2-расм. Назорат гуруҳи бемор болаларининг ёши ҳамда жинси бўйича гуруҳлараро тақсимланиши.

Хулоса. Стоматологик тадқиқотлар қуйидаги йўналишлар бўйича олиб борилган: КПО индекси, Федоров-Володкина (1971) усулида оғиз бўшлиғи гигиеник индексини аниқлаш; Parma модификациясида гингивит индексини (РМА) аниқлаш (1960).

Қондаги яллиғланиш-деструктив индекси кўрсаткичлари Грудянов А.И. усули бўйича ўрганилган.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИСТИННОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

Улитовский С.Б., Калинина О.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Россия.

Цель работы: определение стоматологического статуса у подростков в пубертатном периоде для подбора средств гигиены рта при формировании программы профилактики.

Материалы и методы исследования: на базе кафедры стоматологии профилактической ФГБОУ ВО «ПСПбГМУ имени акад. И.П. Павлова» Минздрава РФ проводилось исследование у 102 подростков, находящихся в пубертатном возрасте на фоне хронического гингивита (МКБ 10-K05.1), не имеющих осложненных соматических заболеваний. Оценка гигиенического и стоматологического статусов проводилась в течение четырех недель. По результатам галитометрии была отобрана группа подростков с выраженным истинным патологическим оральным галитозом в анамнезе. Все подростки были разделены на три исследовательские группы, что определялось рекомендованными «Профилактическими программами»: в 1 группе применялась «Профилактическая программа», в основе которой лежали активные свойства отдельных средств, которые обеспечивают свойства, приводящие к воздействию, как на микробный пейзаж, так и состояния самих тканей пародонта. Для этого использовались профилактическая зубная паста, основной компонент которой состоял из шалфея, экстрактов облепихи и ромашки, восковая зубная нить для очищения межзубных промежутков и мануальная зубная щетка (34 человека); во второй группе - «Профилактическая программа» состояла из средств гигиены рта, таких как профилактическая зубная паста на основе шалфея, экстрактов облепихи и ромашки, ополаскивателя для рта, в состав которого входило эфирное масло герани, а также скребка для языка, восковой зубной нити и мануальной зубной щетки, что позволило

разработать стоматологические профилактические этапы, влияющие на патогенетические свойства, характерные при возникновении воспаления в тканях пародонта (37 человек); третья группа – состояла из лиц в пубертатном возрасте, которые проводили традиционную гигиеническую процедуру, формируя стоматологические профилактические этапы самостоятельно (31 человек). С помощью упрощенного индекса гигиены ОНI-S проведено изучение гигиенического статуса у обследованных лиц, анализ показателей проводили четыре раза в течение 30 дней. Для индикации зубных отложений применяли индикационные таблетки «Динал» с эритрозином. Обследование тканей пародонта проводилась по показателям индекса Loe-Silness (GI). Наличие зубного налета на поверхности языка оценивалась с помощью индекса языка Винкеля (Winkel Tongue Coating Index). При выявлении неприятного запаха изо рта учитывали данные галитометра.

Результаты исследования: установлена положительная динамика очищающего эффекта по индексу Грина-Вермиллиона упрощенного в первой группе с $14,92 \pm 1,33\%$ до $43,92 \pm 3,61\%$, во второй группе – с $18,19 \pm 1,64\%$ до $52,39 \pm 5,33\%$, в отличие от третьей группы – с $12,14 \pm 0,93\%$ до $14,27 \pm 1,29\%$. Противовоспалительное воздействие «Программ профилактики» на состояние тканей пародонта при галитозе наблюдалось увеличение с максимальным эффектом по индексу Loe-Silness во 2-ой группе, которое составило $0,97 \pm 0,03$ у.е., в 1-ой группе эффективность противовоспалительного действия достигла $1,23 \pm 0,05$ у.е., в отличие от 3-ей группы, показатель которой составил $2,36 \pm 0,33$ у.е.. Показатели индекса WTC увеличивались с максимальным эффектом во 2-ой группе с $2,00 \pm 0,33$ у.е. до $0,50 \pm 0,01$ у.е., а в контрольной группе у подростков, выполнявших традиционную для них гигиену рта, показатель не изменился. Проведенная оценка по данным галитометра показала снижение показателей за весь период исследования в 1-ой группе с $3,73 \pm 0,14$ у.е. до $2,45 \pm 0,05$ у.е., во 2-ой группе – с $3,75 \pm 0,05$ у.е. до $1,64 \pm 0,03$ у.е., в отличие от контрольной – с $3,69 \pm 0,03$ у.е. до $3,76 \pm 0,08$ у.е.

Выводы: установлено, что в 1-ой группе очищающий эффект по индексу Грина-Вермиллиона составил $43,92 \pm 3,61\%$. Положительный очищающий эффект во 2-ой группе составил $52,39 \pm 5,33\%$, а в 3-ей группе – $14,27 \pm 1,29\%$. Анализ показателей тяжести гингивита по индексу Loe-Silness показал положительную динамику в 1-ой

группе - $1,23 \pm 0,05$, что соответствует гингивиту средней степени тяжести, во 2-ой группе к концу исследования определена легкая степень тяжести гингивита - $0,97 \pm 0,03$, в отличие от 3-ей группы - $2,36 \pm 0,33$. Определено снижение показателей индекса покрытия языка Винкеля (WTСI) при проведении программы профилактики у подростков во 2-ой группе и составил $0,50 \pm 0,01$. Выявлено снижение показателей галитометрии к концу исследования в 1-ой группе до $2,45 \pm 0,05$, что определяется, как умеренный запах изо рта, во 2-ой группе – до $1,64 \pm 0,03$, что соответствует слабому запаху, в отличие от контрольной группы, где показатель галитоза увеличился и составил $3,76 \pm 0,08$, что отражается сильным запахом изо рта.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГЕМОФИЛИЕЙ

Федорова Р.К., Орешака О.В.

Алтайский Государственный Медицинский Институт Г. Барнаул, Россия

Актуальность. Согласно современным данным у пациентов, страдающих гемофилией определяется высокая распространенность кариозных поражений (100%) и очень высокий средний показатель интенсивности кариеса около 9,0. В связи с чем, актуальным является разработка комплекса лечебно-профилактических мероприятий и оценка его эффективности.

Цель исследования. Оценить эффективность неинвазивного способа лечения кариеса твердых тканей зубов у пациентов с гемофилией путем учета результатов клинических и лабораторных методов исследования.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование детей в возрасте от 7 до 18 лет, которые были разделены на две группы: первая включала 9 пациентов с компенсированной формой кариеса и легкой степенью гемофилии, во вторую вошли 7 пациентов с декомпенсированной формой кариеса и тяжелой степенью гемофилии. Группу сравнения составили 15 относительно здоровых пациентов, соответствующих полу, возрасту. Неинвазивное лечение проводилось в течение 1 года 4-мя курсами у 1-ой группы и 8-мью - у 2-ой группы наблюдения с оценкой площади меловидных пятен и

значений показателя прироста кариеса, а также уровня Са и Р в смешанной слюне. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета статистических программ statistica, статистическая значимость определялась по непараметрическому критерию Манна-Уитни при $p < 0.05$.

Результаты и их обсуждение. Всем обследуемым пациентам проводили неинвазивное лечение кариеса твердых тканей зубов реминерализующим гелем на основе комплекса с глицерофосфатом кальция: после проведенной индивидуальной гигиены полости рта выполняли аппликацию с помощью стандартной каппы с гелем в течение 25 минут в вечернее время. По завершению процедуры необходимо было не есть в течение 1 часа для закрепления эффекта. У пациентов с гемофилией выявили потребность в увеличенном времени лечения - плюс 10 минут к стандартной методике, что позволило создать депо кальция и насытить IV фактором свертываемости слюну.

По завершению курсов ремтерапии у пациентов с гемофилией было зафиксировано уменьшение площади меловидных пятен на ориентировочно 80 % с достижением эмалевого блеска при высушивании поверхности зубов. При применении ремтерапии по усовершенствованной методике можно достоверно говорить о снижении прироста кариеса, а именно редукции кариеса зубов у пациентов с гемофилией на 48 % в сопоставлении с группой сравнения. Применяемая неинвазивная методика лечения кариеса также способствовала значимому повышению уровня Са в 2,3 раза, уровня фосфора в 1,4 раза в группе пациентов с гемофилией легкой степени, в 2,7 и 1,5 раза соответственно в группе пациентов с гемофилией тяжелой степени. При этом исходный уровень Са и Р у обследованных лиц в группе сравнения оказался значимо выше, чем в группе пациентов с тяжелой степенью гемофилии. Данная методика оказывала благоприятное, причем выраженное, влияние на значения скорости секреции и вязкости смешанной слюны у пациентов с гемофилией тяжелой степени по сравнению с обследуемыми лицами из группы сравнения и по сравнению с 1-ой группой наблюдения.

Выводы. Использование усовершенствованного метода реминерализующей терапии у пациентов с гемофилией способствовало существенному уменьшению прироста кариеса на 48% и площади меловидных пятен с появлением эмалевого блеска. На фоне применения реминерализующей терапии у пациентов с гемофилией регистрировалась положительная динамика со стороны

уровня кальция и фосфора в смешанной слюне, а при тяжелой форме гемофилии увеличивалась скорость секреции и уменьшалась вязкость.

БОЛАЛАРДА ЎТКИР ГЕРПЕТИК КАНДИДОЗ СТОМАТИТЛАРНИ ФИТО ВА ФИЗИОТЕРАПЕВТИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Хоматова З.Д., Даминова Ш.Б

Тошкент давлат стоматология институти

Тадқиқотнинг долзарблиги. Сўнги йилларда стоматология амалиётида болаларда ўткир герпетик кандидозли стоматит касаллигининг юқори даражада тарқалиши бу антибиотиклар, ситостатиклар, кортикостероид гормонларидан кўп миқдорда самарасиз фойдаланиш болаларда оғиз бўшлиғи гигиенасининг ёмонлиги, болаларда иммунитет танқислиги шароитларининг ривожланиши билан боғлиқ. Замбурурғели касалликлар болалар стоматологияси клиник амалиётида герпетик стоматитлар билан биргаликда кечиши энг кўп учрайди. Болаларда ўткир герпетик кандидозли стоматит шиллиқ қават касалликларининг 55 -60 % ни ташкил этади. Кандидоз стоматитнинг ривожланиш частотаси ва йил вақти ўртасида маълум фаслар билан боғлиқ ўзгаришларини илмий манбаларда келтирилган. Касаллик ёзда энг кам учрайди - 13,72%, тарқалиш частотаси кузда - 21,17% ва қишда - 26,67%, баҳорда 38,44% ни ташкил қилади. Куз ва қишда тарқалиш даражасининг ошиши юқори нафас йўллариининг ўткир респиратор ва вирусли касалликлари билан оғриган беморлар сонининг кўпайиши, шунингдек кучли таъсир этувчи антибиотиклар орқали даволаниш натижасида, баҳорда эса – витаминлар етишмаслиги билан изоҳланади.

Тадқиқотнинг мақсади: болаларда ўткир герпетик кандидоз стоматитларни физиотерапевтик даволаш усулларини такомиллаштириш.

Тадқиқот объекти: Тошкент давлат стоматология институти Болалар терапевтик стоматология поликлиникасида 2022-2023 йилларда болаларда ўткир герпетик кандидоз стоматити ташҳиси билан мурожат қилган 3 ойликдан 15 ёшгача бўлган 118 нафар бемор болалар олинди.

Тадқиқот материали ва усуллари: Болаларда ўткир герпетик кандидоз стоматитини ташҳиси билан касалланган бемор болаларни комплекс даволаш усуллари консерватив, физиотерапевтик ва фитотерапевтик муолажалар орқали ўтказилди. Илмий изланишимизда бемор болаларни 3 гуруҳга бўлиб ўрганилди.

Натижа ва таҳлиллар: Даволанаётган ўткир герпетик кандидозли стоматит билан касалланган беморларни даволашда Бакстимс, Кандид ва наматак мой консерватив даволаш амалга оширилди. Шиллиқ қават жароҳатларида Бакстимс, Кандид воситалари билан бактериостатик, бактериоцид, микотик таъсир кўрсатиб, наматак мой эпителизацияловчи хусусиятлари намоёт этади. Даволашнинг кейинги босқичида физиотерапевтик муолажалар UBN -1 орқали амалга оширилди. Беморларга муолажа курси касаллик тури ва даражасига тавсия этилди. Фитотерапевтик муолажалар анор пўстлоғи ва мойчечак давламаси оғиз чайиш буюрилди.

Наматак меваси таркибида С витамини А, К, Р, Е, В2. Мевасида яна инсон тонусини мустахкамлайдиган комплекс микроэлементлардан: калий, кальций, темир ва магний, марганец, натрий, фосфор, хром, мис, кобальт молибден, марганец. кант ва пектин бор яна органик кислоталар, уригида эса эфир мойи мавжуд бўлиб тўқималарда эпителизацияни яхшилайдди. Наматак таркибида кўп миқдорда аскорбин кислотаси инсон иммун системасига ижобий таъсир этади. Наматакни фойдали жихатларидан бири таркибидаги тансик витаминлардан Р ва К инсон суякларини усиб мустахкамланишини тامينлайди.

Ўткир герпетик кандидозли стоматитларни комплекс даволаш усуллари

Даволаш усули	1 – гуруҳ	2 – гуруҳ	3 - гуруҳ
Дори воситалар	Бакстимс Кандид Наматак мой 5 кун	Бакстимс Кандид Наматак мой 3 кун	Бакстимс Кандид Наматак мой 5 кун
Физиотерапевтик муолажалар	UBN -1 3 мин 5 кун	UBN -1 3 мин 5 кун	UBN -1 7 мин 5 кун
Фитотерапевтик муолажалар	Анор пўстлоғи ва мойчечак дамламаси 3 маҳал 5 кун	Анор пўстлоғи ва мойчечак дамламаси 3 маҳал 5 кун	Анор пўстлоғи ва мойчечак дамламаси 3 маҳал 5 кун

Болаларда ўткир герпетик кандидоз стоматитлар касалланган бемор болаларни даволашдан олдинги ва кейинги натижалар таҳлиliga кўра оғиз бўшлиғи аъзоларини пародонт тўқималарининг ҳолатига баҳо бериш учун тадқиқотда Парма модификациясида умумий қабул қилинган пародонтал индексдан (РМА) оққали амалга оширилди. Даволанаётган беморларда милкнинг ҳолати Писарев-Шиллер аралашмаси билан бўялгандан сўнг, олдиндан вата валиклари билан ҳимоялаб, қуритилиб ҳар бир тишда ўзгаришлар даволашдан олдинги ва кейинги натижалари таҳлил қилинди.

Хулоса. Ўткир герпетик кандидозли стоматитлар билан касалланган болаларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати ҳолати ва касалликнинг ёшга боғлиқ тарқалишини ўрганилди 3 ойликдан 15 ёшгача бўлган болаларда стоматологик текширувлар олиб борилди. Ўткир герпетик кандидозли стоматитлар билан касалланган болаларда оғиз бўшлиғи микрофлорасининг ўрганилиб хавф омиллар бартараф этилди. Ўткир герпетик кандидозли стоматитлар билан касалланган болаларда этиопатогенетик даволаш самарадорлигини баҳолаш ва даволашдан олдин ва кейин оғиз бўшлиғининг маҳаллий иммунитетини кўрсаткичлари динамикаси РМА, ОНІ-S, РНР индекслари оққали таққосланди.

КИШЕЧНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ДЕТСТВА

Хамраева Р.Р.

*Бухарский государственный медицинский
институт имени Абу али Ибн Сино, Узбекистан*

Актуальность. Вирусный стоматит у детей — это патологический процесс, характеризующийся поражением слизистой оболочки ротовой полости вирусной инфекцией. У малышей патология отличается быстрым прогрессированием. Это заболевание имеет острый или хронический характер.

Основным источником инфекции является больной человек или животное. Малыш заражается довольно легко. Чаще всего это происходит в детском саду и лечебных учреждениях.

Вирусный стоматит в детстве развивается из-за перенесенных различных инфекций, так как у малыша недостаточно развитый

иммунитет. Он не успевает восстановиться после предыдущей болезни. А также он легко заражается от больного стоматитом. Ситуацию ухудшает недостаток питательных веществ и витаминов в организме.

Чаще всего герпес является возбудителем этого заболевания, он составляет до 80% от всех случаев. Большинство этих вирусов относятся к персистирующим внутриклеточным паразитам. Поэтому часто это заболевание приобретает хроническое течение. При этой форме происходит чередование обострений и ремиссий. Острая форма может закончиться формированием носительства, при ней возбудитель в клетках сохраняется, а симптомов заболевания нет.

Причины, по которым это происходит следующие:

- неразвитая иммунная система;
- недостаточная гигиена полости рта;
- слабость местного иммунитета;
- травмы десен, слизистой во рту;
- общее ослабление организма после перенесенной болезни;
- длительный прием некоторых препаратов (глюкокортикоиды, антибиотики, цитостатики).

В начале заболевания стоматит путают с ОРВИ и ангиной, так как у ребенка поднимается температура тела, беспокоит боль в горле. Затем малыш отказывается принимать пищу. Чуть позже присоединяется слюнотечение.

Симптомы вирусного стоматита у детей в полной мере проявляются к третьему дню болезни.

Появляются в полости рта следующие высыпания:

- эрозии – к ним относятся участки слизистой лишенные поверхностного эпителия, они сопровождаются сильным жжением, зудом;

- пузырьки – они располагаются на внутренней поверхности щек, под языком, на небе, внутри них скапливается прозрачный секрет;

- язвочки – дефекты слизистой, покрытые серым налетом или пленками, иногда они кровоточат, слизистая вокруг них припухшая.

Во рту можно увидеть бело-серый налет, отечность языка. Слизистая красная, припухшая.

У малыша усиливаются общие симптомы. Его беспокоит общее недомогание. Он плаксив, беспокоен, плохо ест и спит. У малыша

отмечается плохой запах изо рта. Выявляется увеличение подчелюстных, шейных лимфоузлов.

Диагноз выставлять и обследовать малыша при подозрении на поражение слизистой во рту должен только врач, педиатр или детский стоматолог. Важно выявить причину заболевания для назначения эффективного лечения. Выявление причины заболевания не представляет никаких трудностей. Эта патология выявляется во время осмотра благодаря характерной клинике, наличию высыпаний, признаков воспаления во рту. Кроме осмотра для уточнения природы болезни, врач назначает общий анализ крови, мочи. В тяжелых случаях для выявления типа возбудителя проводится исследование тканей пораженной слизистой оболочки. Для него берутся смывы, соскобы с эрозий и язвочек.

Для того чтобы назначить эффективную терапию, особенно в тяжелых случаях, требуется выявление типа возбудителя.

Лечение вирусного стоматита у детей проводится под обязательным контролем врача. Легкие формы можно лечить дома, при тяжелом течении малыша кладут в стационар. Детям предписывают постельный режим, назначают диету. Пища должна быть пюреобразной, теплой, не раздражать пораженную слизистую. Больному рекомендуют пить больше жидкости.

Заболевание требует комплексной терапии. При этом заболевании применяются местные и общие методы лечения.

Ребенку показаны следующие препараты:

противовирусные препараты (Панавир, Ацикловир) – принимаются строго по схеме, предписанной врачом, если не выполнять его указания, возможен рецидив болезни;

антигистаминные (Супрастин, Цитрин, Лоратадин) – позволяют снизить отек, уменьшить болезненность;

иммуномодуляторы (Имунофан, Тималин) – укрепляют иммунную систему малыша;

жаропонижающие (Панадол, Нурофен) применяются при высокой температуре.

Для лечения инфекционного стоматита применяют местные средства. Они снимают воспаление и отек.

С этой целью применяются:

антисептические растворы (Панавир, Мирамистин) – полость рта полоскают через каждый час раствором соды или Фурацилином, а затем обрабатывают антисептиками;

стоматологические гели (Камистад, Дентинокс), обладающие противовоспалительным, обезболивающим, обеззараживающим эффектом, применяют за тридцать минут до еды;

противовирусные мази (Ацикловир, Оксолиновая) – проникают внутрь вируса и разрушают его, полость рта смазывают до пяти раз в сутки в течение двух недель.

Используются полоскания полости рта травяными настоями. Применяются травы, снимающие раздражение и боль (ромашка, календула, шалфей). Применяют физиотерапевтические методы: тубусный кварц, аппараты с инфракрасным облучением.

ОЦЕНКА СРОКОВ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЖИРОВОГО ТЕЛА ЩЕКИ ПРИ ПЛАСТИКЕ ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНЫ НЁБА

Шаева Р.Г., Шомуродов К.Э.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Несмотря на существование более 300 методик хирургического лечения врождённых расщелин нёба (ВРН), лечение таких детей остается в числе важных задач медицины в связи с развивающимися послеоперационными осложнениями и потребностью в дополнительных вмешательствах для коррекции неудовлетворительных результатов. Известны такие виды ранних послеоперационных осложнений, как расхождение слизистой оболочки в области твердого или мягкого неба, некроз слизисто-надкостничного лоскута (СНЛ). Осложнения возникают в результате развития локального воспаления, дефицита мягких тканей для полноценного закрытия дефекта и завершаются рецидивом или образованием грубых рубцов, которые приводят к ограниченной подвижности и укорочению мягкого неба, к различным видам деформаций челюстей. Применение каждой методики в некоторой степени зависит от хирурга/лечебного учреждения, и на сегодняшний день не существует золотого стандарта хирургического вмешательства для определенного типа расщелины. Но в случаях широких расщелин одного первичного закрытия часто бывает недостаточно, учитывая повышенное напряжение в области дефекта и недостаточный охват местных тканей.

Вышеперечисленные аспекты хирургии расщелины обуславливают необходимость разработки новых методов пластики местными тканями и поиска оптимального способа формирования лоскутов с достаточными размерами и хорошим кровоснабжением во избежание некроза, отторжения и рецидива. Также актуальным является вопрос получения полноценных трансплантатов из внутриротовых донорских зон.

Целью исследования был сравнительный анализ эффективности применения жирового тела щеки (ЖТЩ) для покрытия области латеральных дефектов при хирургическом лечении врождённых расщелин нёба.

В открытое проспективное рандомизированное исследование были включены 103 ребёнка в возрасте от года до 5 лет с врождённой расщелиной губы и нёба (ВРГН), состоящих на диспансерном учете в отделении детской челюстно-лицевой хирургии. Наибольший процент детей с ВРГН составили мальчики – 64 (62,1%), девочек было 39 (37,9%). По тяжести порока односторонняя сквозная ВРГН была у 32 (31,1%), двусторонняя сквозная расщелина верхней губы и неба – у 36 (34,9%), изолированная расщелина неба – у 35 (34%) ребенка.

В зависимости от тяжести врожденного порока верхней губы и неба у детей были проведены операции в следующие сроки в зависимости от возраста: 1) хейлопластика – от 6 до 8 месяцев; 2) велопластика – от 8 месяцев до 1,2 лет; 3) уранопластика – в возрасте от 1,6 до 5 лет. Всем детям перед операцией проводили клиническое обследование, включающее общий клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови на общий белок, белковые фракции, ферменты, остаточный азот, мочевины, билирубин, электролиты, при необходимости рентгенографию грудной клетки и ЭКГ. Кроме этого, детей консультировали педиатр, анестезиолог, ортодонт, при необходимости отоларинголог и невропатолог.

Наибольшее число детей – 37 (35,9%) человек – было оперировано по методу Фроловой Л.Е. 35 (34%) детей были прооперированы по методу Азимова М.И. – поперечным рассечением мягкого неба, с продольным ушиванием раны, составило. Уранопластика по Bardach J. была проведена у 31 (30,1%) детей. В зависимости от способа покрытия (материала) латеральных дефектов каждая группа исследуемых была разделена на подгруппы методом случайного распределения: а – йодоформная турунда (n=25), б – PRF (n=27), в – коллагеновая губка (КГ) (n=25), г – жировое тело щеки (n=26).

PRF получали центрифугированием 30 мл венозной крови в сухих стеклянных вакуумных пробирках (3000 об/мин, 10 мин). Стерильными щипцами извлекали PRF из пробирки и отделяли от прилегающего слоя эритроцитов. PRF поддерживалась марлевым тампоном в течение 5 дней после хирургического вмешательства.

Хирургическая техника с применением ЖТЩ повторяла плоскости рассечения стандартных методик пластики расщелины. После восстановления ротового и носового слизисто-мышечных слоёв боковой расслабляющий разрез расширяли кзади по направлению к выпуклости жировой подушки на слизистой оболочке полости рта. Аккуратное рассечение ножницами проводили до тех пор, пока в ране не появлялся жир, который далее осторожно и постепенно вытягивали пинцетом, избегая чрезмерного растяжения. После мобилизации достаточного количества жировой прослойки, её заполняли латеральные дефекты и закрепляли викриловыми швами.

Послеоперационное наблюдение проводилось на 1й, 2й и 3й неделях после пластики, которое включало клиническую оценку области пластики нёба и обследование пациентов. Для оценки скорости эпителизации раны использовали 3% раствор H_2O_2 , при взаимодействии которого с каталазой соединительной ткани происходит образование пузырьков. И наоборот, пузырьки не образуются, если эпителий покрывает раневую поверхность. Степень эпителизации оценивалась на 7, 14, 21 и 28-е сутки после операции. Результаты обозначались как 0, 1/3, 2/3, 1 для каждого участка раны.

Анализ данных проводился с использованием SPSS Statistics для Windows (IBM, Армонк, Нью-Йорк). Стратификация проводилась на основе частоты послеоперационных осложнений с использованием критерия Хи-квадрат, и p менее 0,05 считалось статистически значимым.

Наибольшее количество осложнений было отмечено в группе больных, которым для покрытия раневой поверхности в области латеральных дефектов была применена йодоформная турунда. Наблюдалось накопление еды, что являлось причиной неприятного запаха изо рта, развития воспалительного процесса (5 (20%)), что в свою очередь препятствовало эпителизации операционной раны и в некоторых случаях требовало дополнительного хирургического вмешательства. У 8 (32%) больных наблюдалось грубое рубцевание. Процесс эпителизации в данной подгруппе длился в среднем $30 \pm 3,5$ дней.

Следует отметить, что забор достаточного количества венозной крови для PRF у большинства пациентов представил определенные трудности, связанные с физиологическими особенностями детского возраста. Наблюдалось также несоответствие полученного объёма PRF с параметрами операционной раны в области боковых дефектов. Процесс эпителизации в данной подгруппе длился в среднем $23 \pm 1,3$ дней.

При применении КГ у 4 (16%) больных наблюдалось расхождение швов и как следствие выпадение материала с поверхности дефекта. Представляло трудности и получение материала с соответствующими параметрами для полноценного покрытия области латеральных дефектов. Процесс эпителизации в данной подгруппе длился в среднем $22 \pm 2,2$ дней.

Процесс эпителизации латеральных дефектов под ЖТЩ проходил без осложнений и в среднем длился $18 \pm 1,5$ дней. При визуальном обследовании отмечалось заживление раны без признаков некроза и грубого рубцевания. Уже на 7-е сутки у всех исследуемых наблюдалось полноценное формирование грануляционной ткани, а у 38,5% пациентов была отмечена эпителизация половины поверхности латеральных дефектов. На 21-е сутки после вмешательства наблюдалась полная эпителизация всех исследуемых участков данной подгруппы. Было отмечено, что при использовании ЖТЩ для закрытия поверхности латеральных дефектов сокращаются сроки заживления раны, формирования грануляционной и соединительной ткани, а также наблюдается ускорение эпителизации в общей сложности в два раза.

Выводы. Таким образом, жировое тело щеки является оптимальным источником васкуляризированной ткани для покрытия области боковых дефектов при хирургическом лечении врождённой расщелины нёба. Простота мобилизации, минимальная травматизация и доступность метода обуславливают перспективность данного способа. Скорость эпителизации и заживления раны выше по сравнению с традиционным методом (йодоформная турунда), применением коллагеновой губки и PRF при минимальном риске развития осложнений.

ИМКОНИАТИ ЧЕКЛАНГАН БОЛАЛАРДА ПАРОДОНТ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ФИТО ВА ФИЗИОТЕРАПЕВТИК МУОЛАЖАЛАР ОРҚАЛИ ДАВОЛАШ

Эронов Ё.Қ., Мирсалихова Ф.Л.

*Бухоро давлат тиббиёт институти
Тошкент давлат стоматология институти*

Тадқиқотнинг долзарблиги: Имконияти чекланган болаларда пародонт тўқималарида касаллик патогенезининг замонавий концепциялари, энг аввало ўсмирлар ва ёшларда, пародонт тўқималарида яллиғланиш жараёнларини ҳосил бўлишининг сабаби ҳисобланган пародонтопатоген микрофлора – инфекцияли яллиғланиш факторида етакчи ролни ўйнайди. Имконияти чекланган болаларда шартли-патоген микрофлоранинг керагидан ортиқ ўсиши ва яллиғланиш жараёнлари шаклланиши туфайли оғиз бўшлиғида микроэкологиянинг бузилиши содир бўлади. Имконияти чекланган болаларда патогенезида шартли-патоген микроорганизмларнинг солиштирма вазнини пайдо бўлиш частотасининг ўсиши катта рол ўйнайди: *Str. pneumouiae*, *St. aureus*, *Str. viridans*, *Klebsiella pneumoniae*, *Str. β-haemolyticus*, *Pseudomonas aeruginosa*.

Ипполитов Ю. А. (2014) ҳаммуалифдошларнинг маълумотига кўра 80% болалар пародонт касалликлари билан азият чекади. Болаларда пародонт касалликлари ўртасида сурункали катарал гингивит 35-85% ни ташкил этади. Энг катта солиштирма вазн енгил ва ўрта оғирлик даражасидаги гингивитга тўғри келади. Пародонт тўқималарида ўзгаришлар 7-8 ёш болаларда 50% кузатилади, ёш ўтиши билан гингивитнинг тарқалганлиги жинсий етуклик давригача ортиб боради, 12 ёшдаги болаларнинг 90% да гингивитлар учрайди. Олимларнинг фикрича, гингивит кўпинча оғриқсиз кечади ва кўп йиллар давомида даволанмасдан қолиши мумкин. Яллиғланиш пародонт ичигача ривожланиши билан гингивит бошқа нозологик шакл – пародонтитга ўтади. Сурункали катарал гингивит нафақат пародонтнинг яллиғланиши, балки организмнинг тишларда мавжуд бўлган микробларнинг агрессив таъсирига жавоби сифати кўриб чиқилади, бунинг оқибатида эпителиоцитлар ва микромиромирларнинг дисметаболик шикастланишига олиб келувчи ўз характери бўйича ихтитослашмаган факторли салбий таъсирлар натижасида ҳосил бўлади. Касалликнинг оғирлик даражасининг ўсиши милк

чўнтаклариди пародонтопатоген микроорганизмлар, энг аввало пародонтитларнинг оғир шаклига эга барча беморларда аниқланган *Prevotella intermedia*, *Bacteroides forsythus*, *Porphyromonas gingivalis* аниқланиш эҳтимолининг ортиши билан кузатилади. Пародонтитларнинг клиник оғирлиги ортиши билан пародонтопатоген микроорганизмлар ассоциациясининг шаклланиши содир бўлади. Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларини самарали даволаш болалар чайнов самарадорлигини яхшилаш болалар стоматологияси амалиётида ечимини кутаётган долзарб муаммолардан биридир.

Тадқиқотнинг мақсади: Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларни фито ва физиотерапевтик муолажаларни ўтказишни такомиллаштириш.

Материал ва услублар: Бухоро шаҳар 27 мактаб интернатида пародонт касалликлари билан касалланган 72 нафар имконияти чекланган болаларда фито ва физиотерапевтик муолажалар ўтказилди.

Натижа ва таҳлиллар:

Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларини замонавий даволаш усулларида бири бўлган самарали физиотерапевтик муолажа Вакумли – массаж аппарати орқали даволаш билан амалга оширилади. Ушбу муолажани бажаришда пародонт тўқимаси антисептик ишлов берилди.



Имконияти чекланган болаларда пародонт касалликларини Вакумли – Массаж аппарати орқали даволаш.

Ушбу усулнинг тиббий самарадорликлари микрогематомалар кам учрайдиган жойларда ҳосил бўлади, шу билан пародонт тўқималарда метаболик жараёнларни фаоллаштиради ва яхшилайти ва турғунликни йўқ қилади. Пародонт тўқималарнинг қон билан

таъминланиши яхшиланади. Нерв учлари ва вазомотор рецепторларга таъсири пародонт тўқималарнинг трофизмини яхшилайдди. Натижада пародонт тўқималарда қон айланиши яхшиланади, турғунлик ва гипоксия йўқ қилинади, метаболизм, оксидланиш-қайтарилиш жараёнлари яхшиланади ва регенерация жараёнлари фаоллашади. Фитотерапевтик муолажалардан мойчечак ва анор пўтлоғи дамламалари билан уй шароитида оғиз чайиш тавсия этилди. Фитотерапевтик муолажанинг фойдали хусусиятлари яллиғланиш медиаторларининг бужмайтириш, адсорбцияловчи хусусияти, тўқималарда моддалар алмашинувини яхшилашга ёрдам беради.

Хулоса. Имконияти чекланган болалар пародонт касалликларини даволашда қўлланиладиган фито ва физиотерапевтик муолажалар касаллик асоратларини камайтириш, тўқима бутунлигини тиклаш ҳамда болаларда чайнов самарадорлиги яхшилаш эришилди.

МАКТАБГАЧА YOSHDAGI BOLALARDA TISH-JAG' TIZIMIDAGI PATOLOGIK O'ZGARISHLARNI ERTA TASHXISLASH VA BAXOLASH

Eshonkulov G'olibjon Turakulovich., Kamalova Feruza Raxmatilloevna

*Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti
Bolalar stomatologiyasi kafedراسи assistenti*

Dolzarlbligi: Ushbu tadqiqot tish anomaliyalarining chastotasi va tuzilishini o'rganish, patologiyaning barcha yosh guruhidagi bolalar orasida keng tarqalganligi bilan bog'liq. So'nggi 30 yil ichida mahalliy mualliflarning tish kasalliklari epidemiologiyasi bo'yicha nashrlari tahlil qilinganda og'iz bo'shlig'ining rivojlanish patologiyalarining yuqori darajasini ko'rsatadi. Dentofatsiyal anomaliyalarining tarqalishini o'rganish va tuzilishini o'zgartirish, hamda maktab o'quvchilari orasida dentofatsiyal anomaliyalarining tarqalishi va davolashning eng oqilona usullarini tanlash asosida bolalar uchun ortodontik yordamni takomillashtirishdan iborat bo'ladi.

Maqsad: 6 va 12 yoshli bolalarda tish yoyi anomaliyalarining tarqalishini o'rganish, tish yoyi anomaliyalar va deformatsiyalarining paydo bo'lish holatini aniqlashdan iborat.

Material va usullar: Ushbu maqolada 2017-2018 yillarda o'tkazilgan keng qamrovli tibbiy va ijtimoiy tadqiqotlar natijalari keltirilgan. Buxoro shahridagi maktabgacha bulgan ta'lim muassasasi, hamda umumiy o'rta ta'lim muassasasidan jami 86 nafar 6 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar tekshirildi. Shulardan 34 nafarini qizlar (39,5%) , o'g'il bolalar esa 52 nafarni (60,46%) tashkil etdi. Barcha bolalar shifokor ortodont tomonidan tekshirildi. Tadqiqot dasturiga klinik va stomatologik tekshiruvning an'anaviy usullari, masalan, klinik va stomatologik tadqiqot usullari, funksional okklyuziyani o'rganish va okklyuziv munosabatlarni baholash, jag'ning diagnostik modellarini biometrik o'rganish va yuz nisbatlarini o'rganish orqali tahlil qilindi. Bemor haqidagi barcha ma'lumotlar, shu jumladan pasport ma'lumotlari, shikoyatlar, anamnez, ob'ektiv diagnostika ko'rsatkichlari va bemorni maxsus tekshirish kartasidagi diagnostika tadqiqot to'plami tomonidan shakllantirildi. Olingan ma'lumotlar maxsus kompyuter dasturlari yordamida variatsion statistika usuli bilan qayta ishlandi.

Xulosa: Bizning tadqiqot natijalarimiz boshqa mualliflarning tadqiqot ma'lumotlaridan farq qilishi mumkin. Ammo shuni ta'kidlash kerakki, turli mintaqalar, shaharlar va boshqa aholi punktlari uchun bunday ma'lumotlarning mavjudligini inobatga olish kerak. Tish – jag' sohasidagi anomaliyalarning tarqalishini o'rganish, hamda maktab o'quvchilari orasida dentofasiyal anomaliyalarning tarqalishi va davolashning eng oqilona usullarini tanlash asosida bolalar uchun ortodontik yordamni takomillashtirish zarur bo'ladi.

YUZ-JAG' SOHASI BO'SHLIQLI HOSILALARINING ZAMONAVIY TADQIQOT VA DAVOLASH USULLARI

t.f.d. A.A. Abduqodirov, F.A. Azimhodjayeva

*Toshkent tibbiy xodimlarni kasbiy malakasini rivojlantirish markazi
Xirurgik stomatologiya kafedrası*

Yuz - jag' sohasi kistalari juda keng tarqalgan patologiya hisoblanadi. Jag' sohasi kistalari inson organizmidagi boshqa suyaklarga nisbatan ko'proq uchraydi va simptomsiz kechgani sababli katta hajmgacha o'sib, tasodifan aniqlanadi. Kista- bu suyak yoki yumshoq to'qimalarda lokalizatsiyalashgan, devori epiteliy bilan qoplangan suyuq yoki yarim suyuq saqlama tutuvchi yaxshi sifatli o'smasimon bo'shliqli hosila hisoblanadi. Psevdokistalarda epitelial qobiq bo'lmaydi.

Shuni ta'kidlash lozimki, stomatologlar tomonidan ambulatoriya sharoitida amalga oshiriladigan amaliyotlar orasida jag'ning odontogen

kistalari bo'yicha operatsiyalar tish olish amaliyotidan keyingi o'rinni egallaydi. Shunday qilib, radikulyar kistalar Vasil'evga ko'ra 94 - 96%, Mironyuk - 91%; Solntseva-Kolesova bo'yicha yuz-jag' sohasi kistalarining - 84%ni tashkil etadi. E'tibor bering, stomatologik shifoxonalarga yotqizilgan bemorlar orasida radikulyar kistasi bo'lgan bemorlar taxminan 8% ni tashkil qiladi. Ularning yarmi (46%) kista yiringlashi bilan og'rigan bemorlardir (Tatarintsev K.I.).

Jag'larning radikulyar kistalari eng ko'p uchraydi va tish ildizi atrofida surunkali yallig'lanish jarayoni rivojlanish sabab paydo bo'ladi

Yuqori jag'dagi radikulyar kistalar 56% (yuqorida) pastki jag'ga 44% (pastki jag'da) qaraganda bir oz ko'proq uchraydi.

Radikulyar kistalar periodontdagi surunkali yallig'lanish natijasida paydo bo'ladi. Ma'lumki, Malyasse va N.A. Astaxov tomonidan parodont yuzasida epitelial hujayra orollari deyarli har bir tishda mavjudligi aniqlangan. Bu orolchalar hayotimizning butun davri davomida saqlanib turadi. Yallig'lanish jarayonining qo'zg'alishi natijasida, ba'zi hollarda, epitelial hujayralarining proliferatsiyasi sodir bo'ladi hamda ular ildiz atrofi granulomasi bo'shlig'ini qoplashi hisobiga kista hosil bo'ladi.

Jag' kistalari jarrohlik usuli yordamida davolanadi. Asosiy ikkita jarrohlik usuli mavjud – sistektomiya va sistotomiya. Sistektomiya bu radikal jarrohlik davolash usuli, kista qobig'ini to'liq olib tashlash va jarohatga choklar qo'yish. Sistotomiya jarrohlik davolash usulida tashqi (oldingi) kista devori shu sohadagi suyak to'qimasi bilan olib tashlanib suyakdagi kistoz bo'shliq og'iz bo'shlig'i bilan tutashtiriladi. Sistektomiyaga ko'rsatma bo'lib, turli yoshdagi odontogen va noodontogen jag' kistalari hisoblanadi.

Bizning izlanishlarimizda katta hajmli kistalarda sistektomiya amaliyoti o'tkazilgan 40 nafar (asosiy guruh) KT tekshiruv usulidan foydalanib kistoz bo'shliq o'lchamlarini o'lchab va olingan o'lchamlardan matematik formulalar yordamida kistoz bo'shliq hajmi hisoblandi va bo'shliqga ketadigan ksenotransplantat hajmi aniqlandi. Bu hisob kitoblar bizga amaliyotdan avval ksenotransplantat hajmini aniq aytib beradi va ortiqcha material isrof bo'lishini yoki amaliyot davomida material yetishmovchiligini oldini oladi. Asosiy guruhdagi bemorlarga kistoz bo'shliq ksenotransplantat bilan to'ldirildi, kuzatuv guruhidagi (30 nafar) bemorlarda esa ksenotransplantat qo'llanmadi. Amaliyotdan so'ng 6 oyda va 1 yilda bemorlar natijalarni baholash maqsadida densitometriya tekshiruviga yuborildi.

Densitometriyada asosiy guruhda kuzatilgan natijalar:

- 6 oydan so'ng bo'shliq markazida $1,0 \pm 2,5$; bo'shliq devorida $1,3 \pm 2,9$; kistoz bo'shliqdan tashqarida $2,5 \pm 3,0$

- 1 yildan so'ng bo'shliq markazida $2,0 \pm 3,0$; bo'shliq devorida $2,5 \pm 3,0$; kistoz bo'shliqdan tashqarida $2,5 \pm 3,0$

Densitometriyada kontrol guruhdagi kuzatilgan natijalar:

- 6 oydan so'ng bo'shliq markazida $0,5 \pm 0,8$; bo'shliq devorida $1,0 \pm 1,3$; kistoz bo'shliqdan tashqarida $2,5 \pm 3,0$

- 1 yildan so'ng bo'shliq markazida $0,8 \pm 1,0$; bo'shliq devorida $1,3 \pm 1,7$; kistoz bo'shliqdan tashqarida $2,5 \pm 3,0$

Ma'lumotlardan ko'rinib turiptiki, asosiy guruhda suyak toqimasining zichligi kontrol guruhdagiga nisbatan balandroq. Tekshiruvlar oxiriga borib esa asosiy guruhdagi suyak to'qimasining zichligi sog'lom suyak to'qimasining zichligiga tenglashdi.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПРИВОДЯЩИЕ К УМЕНЬШЕНИЮ КРОВОПОТЕРИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОРТОГНАТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

А.А. Абдукадыров, У.Т. Бахриев, Д.А. Абдукадыров

*Ташкентский центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников. Кафедра хирургической стоматологии*

Среди всех осложнений интероперационного периода ортогнатических операций наиболее серьезным является кровотечение во время операции. По данным литературы во время операций на верхней или нижней челюсти чаще всего наблюдается кровотечение, которое возникает вследствие повреждения верхнечелюстной, нижнечелюстной, нижнеальвеолярной и лицевой артерий. Также в результате повреждения лицевой вены, наружной яремной вены, крыловидного и носового венозного сплетений.

Целью нашего исследования была разработка профилактических мер, приводящих к уменьшению количества потери крови во время остеотомий челюстей у больных с деформациями челюстей.

Материалом исследования были 52- взрослых больных с различными формами деформаций челюстей, оперированных с 2018 по 2024 годы. Из общего числа больных 13 больных были с нижней макрогнатией, 6- с верхней микрогнатией, 13-сочетание верхней микрогнатии с нижней макрогнатией. Кроме этого, 18-больных были

с верхней макрогнатией в сочетании с нижней микрогнатией и 2- с нижней и верхней макрогнатией.

Методы исследований. Объем кровопотери определяли при помощи индекса шока (Алговера), измерением количества крови в приемники отсоса и операционного материала до и после операций. Полученные результаты сравнивали с показателями потери крови больных, оперированных в нашей клинике с 1992 по 2006-годы. Операции были проведены только на одной нижней челюсти, и объем кровопотери. Так же использовали данные В.М. Безрукова.

Для достижения намеченной цели нами разработан комплекс общих и местных лечебно-профилактических мероприятий, приводящих к уменьшению кровопотери во время операций. Предложенные общие предоперационные профилактические меры включали в себя: переливание растворов, содержащих компоненты крови (инфузол, рефортан, сермин), глюкозы 5% с аскорбиновой кислотой до 800-1200 мл. Также вводили прокоагулянты и противовоспалительные и седативные препараты; антибиотики, сульфаниламиды. Введение этих препаратов продолжали во время и после операций. Местные мероприятия для профилактики кровотечений включали гидропрепарировку мягких тканей 0,5% раствором лидокаина с вазоконстриктором и проведение биологически обоснованных разрезов. Остеотомии дистальных отделов бугра и медиальной стенки гайморовой пазух проводили через окошечко Гунько, образованное на передней поверхности верхней челюсти. Отслойку дна носа осуществляли после хорошего гидропрепарирования 0,5%-раствором лидокаина с вазоконстриктором с ожиданием наступления времени максимального спазма сосудов. При отделении бугров верхней челюсти от крыловидных отростков основной кости использовали специально изготовленные остеотомы, учитывающие размеры соединения крыловидного отростка с бугром верхней челюсти. Эти общие и местные мероприятия последовательно были использованы при хирургическом лечении всех больных с различными формами деформаций челюстей. В зависимости от типовой принадлежности лица и формы деформаций челюстей выбирали различные способы остеотомий челюстей.

13-больным с нижней макрогнатией проводили вертикальную и обратную L-образную остеотомию ветвей нижней челюсти. 6-больным с верхней микрогнатией провели остеотомию верхней

челюсти по Безрукову. Также 13 больным с верхней микрогнатией и нижней макрогнатией остеотомию верхней челюсти по Безрукову сочетали с вертикальной остеотомией ветвей нижней челюсти или редуционной гениопластикой. При верхней макрогнатии 11 больным с глубоким прикусом была проведена фрагментарная остеотомия фронтального отдела верхней челюсти с остеэктомией в сочетании с гениопластикой на мышечной ножке. У 4 пациентов операция на верхней челюсти сочеталась с вертикальной остеотомией ветвей нижней челюсти с аутопластикой из ретромоллярной области. У 3 больных с открытым прикусом остеотомия дистальных отделов верхней челюсти с остеэктомией сочеталась с гениопластикой. У 2 больных с верхней и нижней макрогнатией с адаптированным прикусом остеотомию верхней челюсти на уровне Ле-Фор-1 с остеэктомией сочетали с редуционной гениопластикой. В результате операций во всех случаях были достигнуты хорошие эстетические и функциональные результаты.

Выполнение вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти с соблюдением всех выше рекомендованных мер привели к обходу лицевых вен и артерий без их повреждения. Объем кровопотери не превышал $88,342 \pm 6,275$ мл, что намного меньше, чем у пациентов группы сравнения и данных В. М. Безрукова (от $500 \pm 13,47$ мл и до 1600 мл).

Гидропрепарование мягких тканей средней и нижней зон лица с 0,5% раствором лидокаина с добавлением адреналина (анестетика 1:100000) и проведение биологически обоснованных разрезов через 10-12 минут после анестезии, когда происходит максимальный спазм сосудов, привели к минимизации кровопотери при отделении мягких тканей от костной основы. Технически правильное проведение всех этапов остеотомий верхней челюсти по Безрукову или по Ле-Фор-1, особенно её дистальных отделов, через окошечко Гунько привели к точному осуществлению перелома верхней челюсти без повреждения верхнечелюстного и небных артерий и крыловидного венозного сплетений. Осуществление остеотомии между буграми верхней челюсти и крыловидными отростками основной кости при помощи остеотомов, предложенных Рассадиным (1990), привели к малотравматичному перелому верхнечелюстного комплекса. После разъединения бугров верхней челюсти от крыловидных отростков и проведения нижнего перелома остеотомированный верхнечелюстной

комплекс перемещали на заранее определенную величину с гиперкоррекцией на 2 или 3 мм и фиксировали в новом положении проволочными швами или наkostными пластинками.

Благодаря этим мерам объем кровопотери при проведении остеотомии на одной верхней челюсти составил $513,7 \pm 25,487$ мл, а при комбинированных остеотомиях челюстей достигал $645,154 \pm 47,969$ мл.

Сравнение полученных результатов с данными В.М. Безрукова (до 2200 мл при комбинированной остеотомии челюстей) показали значительное уменьшение количества потери крови во время комбинированных остеотомий челюстей, связанное с технически правильным выполнением операций, которые привели к профилактике повреждений крупных сосудов и венозных сплетений.

Таким образом, использование дооперационной местной и общей медикаментозной подготовки, выбор адекватных способов остеотомий челюстей и их техническое правильное выполнение при помощи специальных остеотомов, позволили уменьшить количество кровопотери во время остеотомий до минимума с достижением хороших эстетических и функциональных результатов у всех оперированных больных с деформациями челюстей.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ОСТЕОГЕНОНА НА ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ РЕНТГЕНОДЕНСИТОМЕТРИИ.

А.А. Абдукадиров, Ф.Ш. Мухамедиева, А.М. Гизатуллина

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников и Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Узбекистан.

Как известно, денситометрия это оценка минеральной плотности костной ткани, выполняемая методами лучевой диагностики. Основной целью процедуры является выявление снижения плотности кости, оценка риска осложнений и эффективности его лечения. Среди методов оценки состояния костной ткани после операций на челюстях денситометрия занимает лидирующее место по информативности.

Тем не менее, исследований, посвященных динамике плотности костной ткани в процессе ее восстановления после ортогнатических операций с применением остеогенических препаратов, недостаточно. В связи с этим, целью нашего исследования стало изучение изменений плотности костной ткани в различные временные промежутки после остеотомий нижней челюсти на фоне терапии препаратом Остеогенон. В исследовании приняли участие 46 взрослых пациентов с нижней макрогнатией (основная группа), которым была выполнена вертикальная остеотомия ветвей нижней челюсти, и 40 пациентов после остеосинтеза ветвей нижней челюсти (контрольная группа). Возраст участников был от 18 лет и старше. В основной группе в послеоперационный период в комплексное лечение был включен препарат Остеогенон, в то время как в контрольной группе он не применялся.

Остеогенон – это двухкомпонентный препарат, который стимулирует рост и созревание клеток костной ткани (остеобластов), увеличивает минерализацию кости и снижает выведение кальция из организма. Денситометрия (исследование плотности костной ткани) проводилась через месяц, полгода и год после операции.

Результаты денситометрии в основной группе:

Через месяц: $0,9 \pm 2,5$ (против $0,7 \pm 2,3$ до операции).

Через полгода: $1,0 \pm 2,6$ (против $1,3 \pm 2,0$ до операции).

Через год: $1,6 \pm 2,5$ (против $1,3 \pm 2,0$ до операции).

Результаты денситометрии в контрольной группе:

Через месяц: $0,9 \pm 2,1$ (против $0,7 \pm 2,3$ до операции).

Через полгода: $0,1 \pm 2,3$ (против $1,3 \pm 2,0$ до операции).

Через год: $0,4 \pm 2,3$ (против $1,3 \pm 2,0$ до операции).

Как видно из данных, в основной группе наблюдалось значительное увеличение плотности костной ткани по сравнению с контрольной группой. Анализ полученных данных показывает, что плотность костной ткани в исследуемой точке у пациентов основной группы во всех временных промежутках была выше, чем у пациентов контрольной группы. К концу исследования показатели основной группы практически достигли значений, характерных для здоровой костной ткани.

В контрольной группе наблюдалось замедление заживления костной ткани в области остеосинтеза по сравнению с основной группой, что подтверждается результатами денситометрии.

Применение Остеогенона в два курса демонстрирует более **выраженный рост минеральной плотности костной ткани** по сравнению с контрольной группой, не получавшей данный препарат. **Клинические наблюдения** указывают на более **быстрое купирование общих и местных симптомов** у пациентов, принимавших Остеогенон, в сравнении с контрольной группой, не получавших кальцийсодержащие препараты. **Денситометрические исследования** продемонстрировали **эффективность Остеогенона** в качестве препарата, физиологически ремоделирующего костную ткань. Применение Остеогенона **обеспечивает оптимальное заживление костных фрагментов.**

РОЛЬ ГЕНЕТИКИ В ОЦЕНКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТИ: ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ

Гизатуллина А.М., Шомуродов К.Э.

*Ташкентский государственный стоматологический институт,
кафедра челюстно-лицевой хирургии, Узбекистан.*

Актуальность. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (ГВЗЧЛО) – это распространенная группа заболеваний, которые могут иметь различную этиологию. В последние годы все больше внимания уделяется роли генетических факторов в развитии ГВЗЧ, вследствие высокой распространенности этих заболеваний, тяжести клинического течения и возможности развития угрожаемых жизни осложнений. По оценкам ряда отечественных и зарубежных авторов среди пациентов отделений челюстно-лицевой хирургии удельный вес больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области превышает 60% и более, и имеет тенденцию к росту. Причиной этого могут быть изменения иммунологической реактивности организма

вследствие нарушения питания, неблагоприятной экологической ситуации, стрессов, сопутствующих заболеваний и др.

Анализ генетических аспектов воспалительных заболеваний **раскрывает** причины **различной реакции** людей на воспаление и **влияния** генетических факторов на **течение болезни**. Развитие аутоиммунных и инфекционных воспалительных процессов может быть связано с несколькими генетическими факторами, включая гены цитокинов, гены антибактериальных белков, гены иммунных рецепторов и генетические варианты, влияющие на иммунные ответы и реакции на инфекции.

Существует ряд методов генетической диагностики, которые позволяют оценить риск развития гнойно-воспалительных заболеваний челюсти (ГВЗЧ) с генетической точки зрения.

К ним относятся: тесты на наличие конкретных мутаций, связанных с ГВЗЧ, анализ наследственности, который позволяет выявить, были ли у членов семьи случаи ГВЗЧ, анализ цитокинов и воспалительных маркеров, который может помочь определить, насколько активна иммунная система человека, исследования генетических ассоциаций, которые позволяют найти связи между генами и ГВЗЧЛО. Использование этих методов поможет определить, есть ли у человека наследственная предрасположенность, выявить ГВЗЧ на ранней стадии, разработать индивидуальный план лечения и профилактики ГВЗЧ.

Заключение. Изучение генетических аспектов гнойно-воспалительных заболеваний челюсти (ГВЗЧ) – динамично развивающееся и важное направление в медицинской генетике. Генетика становится ключом к пониманию, предотвращению и лечению этих сложных заболеваний.

Вышеизложенное свидетельствует о важности разработки новых способов прогнозирования тяжести клинического течения острых гнойно-воспалительных заболеваний.

Использование генетических данных позволит **предугадывать риски, разрабатывать индивидуальные методы профилактики и лечения** воспалительных заболеваний. Это **улучшит** здоровье пациентов и **снизит** заболеваемость. **Перспективы** исследований подчеркивают **важность генетических аспектов** в челюстно-лицевой хирургии и медицине в целом.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АТИПИЧНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБА МУДРОСТИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Гончарова А.И.,

*доцент, к.м.н., главный врач университетской клиники
«Университетская стоматологическая поликлиника»*

Пожарицкая А.А., Колодзейский Г.Я.

*Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск,
Республика Беларусь*

Введение. С каждым годом все больше внимания уделяется проблеме ретенции и дистопии третьих моляров. Аномалии развития и прорезывания третьих моляров могут приводить к осложнениям, среди которых стоит упомянуть одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания, формирование истинных костных карманов, повреждение твердых тканей соседнего зуба, формирование кист прорезывания и парадентальных кист, возникновении неврологических расстройств.

В настоящее время постоперационная реабилитация является не менее важным этапом лечения, чем само хирургическое вмешательство. Основной целью применения тейпирования является скорейшее возвращение пациента к дооперационным условиям жизни. Силы, действующие на ткани при тейпировании, являются привычными для организма, их действие распространяется на анатомические пути и механизмы, которые выработались у человека в процессе эволюции. Анализ немногочисленных публикаций на исследуемую тему и результатов собственных исследований свидетельствует о том, что кинезиотейпирование может претендовать на место среди других немедикаментозных методов лечения. Распространение кинезиотейпирования в Республике Беларусь может значительно улучшить ведение хирургического пациента в постоперационном периоде, снизить тяжесть осложнений, улучшить эмоциональное и физическое состояние пациента.

Все перечисленное выше дает основание заключить, что разработка метода комплексной реабилитации пациента после атипичного удаления ретинированного, дистопированного зуба

мудрости на нижней челюсти является актуальным и перспективным направлением исследования.

Цель исследования: отработка методики комплексной реабилитации пациентов с применением PRP технологии и кинезиотейпирования.

Материалы и методы. Был выполнен анализ научной литературы, отражающий современный взгляд на реабилитацию пациентов после удаления ретенированных, дистопированных зубов мудрости; разработана анкета для оценки эффективности метода комплексной реабилитации; выполнены операции атипичного удаления зубов мудрости на базе университетской клиники «Университетская стоматологическая поликлиника» Витебского государственного медицинского университета.

Результаты исследования. Изучены показания и противопоказания применения кинезиотейпирования в комплексной реабилитации пациентов после атипичного удаления зуба мудрости. Разработана анкета для оценки эффективности использования данного метода.

30 пациентам с диагнозами ретенция, дистопия на базе университетской клиники «Университетская стоматологическая поликлиника» Витебского государственного медицинского университета с января 2024 года по март 2024 года были выполнены операции удаления зубов мудрости с применением пьезохирurgicalического аппарата, сегментацией зуба. Всем пациентам проводилось рентгенологическое исследование (конусно-лучевая компьютерная томография) для определения показаний к удалению, планирования операции и профилактики возможных осложнений во время операции и в послеоперационном периоде.

Перед проведением операции у пациентов производился забор венозной крови в клиничко-диагностической лаборатории Клиники ВГМУ, далее осуществлялось двойное центрифугирование и подготовка сгустка, обогащенного тромбоцитами (PRP-сгусток). После завершения операции атипичного удаления зуба мудрости заранее подготовленный PRP-сгусток вносился в лунку зуба, лунка ушивалась наглухо.

Для реабилитации пациентов нами была выбрана лимфодренажная методика кинезиотейпирования. Дренажный эффект при данной технике будет достигаться за счет образования складок в верхних слоях кожных покровов, также будет осуществляться декомпенсация сосудов подкожно-жировой

клетчатки. Приготовление тейпа: нарезаются веерообразно полоски, которые в последующем накладываются на кожные покровы, якорь при данной технике один, показатель натяжения соответствует значению от 0 (отсутствие натяжения) до 15%, что является минимальным параметром натяжения при использовании методики кинезиотейпирования. Первый тейп горизонтальный наклеивался спереди от козелка уха, начиная с околоушно-жевательной области с переходом на щечную. Вертикальная полоска тейпа была наложена на подчелюстную область с переходом на ранее наложенный тур горизонтальный в околоушно-жевательной и щечной области. Тейп наклеивался после проведения операции на 5 часов. На следующий день проводилось повторное наложение тейпа при проведении перевязки послеоперационного пациента. В зависимости от тяжести оперативного вмешательства и выраженности асимметрии лица, проводилось также повторное наложение тейпа на 3-ьи сутки после операции по описанной ранее методике.

Опыт применения в комплексной реабилитации PRP-методики показал, что манипуляция довольно проста в выполнении даже для начинающего врача, но требует специального оборудования, персонала и дополнительного времени. В среднем консервация лунки занимает до 5 минут.

Клинические исследования эффективности комплексной реабилитации пациентов показали, что у всех пациентов в послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Только четверо из них (13,3%) отмечали боли на следующий день после оперативного вмешательства, что было связано с тяжестью проведенного оперативного вмешательства. Для оценки выраженности болевого компонента использовали визуально-аналоговую шкалу (ВАШ).

Заключение. В настоящее время кинезиотейпирование является довольно перспективным методом немедикаментозного лечения. Тейпирование является патогенетически обоснованным и эффективным методом реабилитации пациентов хирургического профиля. Преимуществами данного метода являются его неинвазивность, индивидуальный подход к коррекции и возможность применения в комплексной реабилитации пациентов совместно с введением в лунку удаленного зуба PRP-сгустка. Все это позволяет использовать данную методику реабилитации как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, уменьшить уровень медикаментозной

нагрузки и, что немаловажно, снизить уровень финансовых затрат на реабилитацию.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ

Жумаев Л.Р., Жумаев А.Л.

lazizzhumayev@icloud.com

*Бухарский Государственный медицинский институт
имени Абу Али ибн Сино, Узбекистан*

Ключевые слова: *стоматологическая имплантация, качество имплантатов, дизайн имплантатов, материалы имплантатов, новые методы имплантации, биологические механизмы взаимодействия имплантатов с организмом, ПРР-процедура, поверхностные характеристики имплантатов, нанокристаллические материалы, эффективность имплантации.*

Актуальность. Стоматологическая имплантация — это широко распространенная методика, используемая для восстановления зубного ряда у пациентов с потерей зубов. С развитием новых материалов и технологий производства имплантатов, появляются новые возможности для улучшения качества жизни пациентов. Поэтому тема выбора материалов и дизайна имплантатов для стоматологической имплантации является актуальной и востребованной.

Кроме того, стоматологическая имплантация может иметь важное значение для здоровья пациентов. Например, она может предотвратить дальнейшую потерю зубов и улучшить процесс пищеварения и речи. Эффективность и долговечность имплантатов также могут существенно повлиять на качество жизни пациентов. Поэтому актуальность исследования в области стоматологической имплантации заключается в поиске наиболее эффективных и долговечных материалов и дизайнов имплантатов для повышения качества жизни пациентов.

Дентальная имплантация является ключевым элементом восстановительной стоматологии. С течением времени этот метод развивался и совершенствовался, чтобы повысить его эффективность и уменьшить вероятность возникновения осложнений. В данной статье

мы рассмотрим последние научные исследования в сфере стоматологической имплантации, приведём примеры использованных материалов и методов, обсудим полученные результаты и предложим пути для дальнейшего совершенствования данного метода.

Литературный обзор.

Зарубежные исследования. Одним из важнейших аспектов современной науки являются исследования, проводимые за рубежом. Безусловно, в области стоматологии и имплантации зубов этот тренд не исключение. Ведутся многочисленные исследования по всему миру, которые направлены на разработку новых материалов и технологий, повышение качества и эффективности имплантации, а также на изучение взаимодействия имплантатов с тканями организма.

Исследование Albrektsson и Johansson (2019) заслуживает особого внимания в этой области. В своей работе они изучили влияние свойств материалов имплантатов на успешность их интеграции в костную ткань. Они проанализировали различные виды материалов, используемых для изготовления имплантатов, и выявили, что определенные химические и физические свойства материалов могут оказывать влияние на процесс интеграции. Также было выявлено, что определенные поверхностные характеристики имплантатов могут улучшить их стабильность и долговечность в тканях организма.

Это исследование стало важным шагом в понимании процесса интеграции имплантатов в костную ткань и помогло улучшить качество имплантации зубов. Однако, как показывает опыт, в этой области еще много вопросов, требующих дальнейших исследований. Благодаря активной работе ученых и специалистов по всему миру, мы можем ожидать появления новых технологий и материалов, которые значительно улучшат процесс имплантации и повысят качество жизни пациентов.

Другим исследованием, проведенным за рубежом, которое заслуживает внимания, является работа Buser et al. (2017), посвященная разработке протоколов для имплантации зубов в области передней части верхней челюсти. В их исследовании ученые описали новый метод, называемый "Immediate Implant Placement and Provisionalization (ИПР)", который позволяет проводить имплантацию зубов и установку временных коронок в течение одного приема.

Исследование показало, что использование метода ПРР может значительно сократить время лечения и улучшить косметический результат процедуры имплантации. Однако, необходимо проводить дополнительные исследования, чтобы оценить долговечность и эффективность этого метода.

Другое исследование, проведенное в США, было посвящено изучению взаимодействия имплантатов с тканями организма. В работе Brunski et al. (2018) ученые проанализировали различные факторы, которые могут влиять на процесс интеграции имплантатов в ткани организма, такие как механическая нагрузка, химические реакции и биологические факторы. Их исследование показало, что определенные факторы могут оказывать влияние на процесс интеграции, и что учет этих факторов может помочь улучшить результаты процедуры имплантации.

Также стоит отметить исследование, проведенное в Японии, которое было посвящено разработке новых материалов для изготовления имплантатов. В работе Saito et al. (2019) ученые описали использование нанокристаллических материалов для изготовления имплантатов. Их исследование показало, что использование нанокристаллических материалов может улучшить процесс интеграции имплантатов в ткани организма и повысить их долговечность.

Исследования, проводимые за рубежом, имеют большое значение для развития области дентальной имплантологии. Множество новых методов, технологий и материалов, разработанных благодаря этим исследованиям, помогают улучшить качество и эффективность процедуры имплантации зубов и повысить удовлетворенность пациентов.

Российские исследования

В России также происходит активное развитие области дентальной имплантологии. Как и во многих других странах, здесь проводятся исследования по улучшению качества и эффективности процедуры имплантации зубов. Одним из таких исследований является работа Федорова и Козлова (2021), которая посвящена биомеханическим аспектам стоматологической имплантации.

В их работе ученые проанализировали влияние различных факторов на успешность процедуры имплантации, включая такие параметры, как тип имплантата, материал изготовления, конструкция

и установка. Было выявлено, что определенные параметры могут оказывать влияние на процесс интеграции и долговечность имплантатов в тканях организма. Более того, ученые проанализировали различные методы исследования, используемые для оценки качества имплантации, и предложили улучшенный подход для оценки биомеханических свойств имплантатов.

Это исследование имеет большое значение для дентальной имплантологии в России и может помочь улучшить качество и эффективность процедуры. Благодаря активной работе ученых и специалистов, мы можем ожидать появления новых технологий и методов, которые позволят сделать процесс имплантации более безопасным и комфортным для пациентов.

Кроме работы Федорова и Козлова (2021), в России проводится множество других исследований в области дентальной имплантологии. Например, работы Поповой и Максимова (2020) была посвящена разработке нового метода оценки качества имплантации зубов с помощью использования компьютерной томографии. Их исследование показало, что использование компьютерной томографии может быть эффективным инструментом для оценки качества и долговечности имплантатов.

Другая работа, выполненная Шумиловым и Шуваловой (2020), была посвящена изучению влияния факторов, таких как возраст и пол пациента, на процесс имплантации зубов. Их исследование показало, что возраст и пол могут оказывать влияние на успешность процедуры имплантации, и что учет этих факторов может помочь улучшить результаты процедуры.

Также стоит отметить работу Трофимова и его коллег (2021), которая была посвящена изучению эффективности различных методов установки имплантатов, включая методы с помощью ручных и механических инструментов. Их исследование показало, что использование механических инструментов может существенно улучшить качество и эффективность процедуры имплантации.

В целом, исследования в области дентальной имплантологии в России позволяют нам лучше понимать процесс имплантации зубов и разрабатывать новые методы и технологии, которые могут улучшить качество жизни пациентов и повысить эффективность процедуры. Благодаря активной работе ученых и специалистов, мы можем ожидать появления новых технологий и методов, которые позволят

сделать процесс имплантации более безопасным и комфортным для пациентов.

Узбекистанские исследования

Узбекистан также активно развивает область стоматологической имплантации, проводя исследования, которые направлены на улучшение качества и эффективности процедуры. Одной из таких работ является исследование Алимova и Исмаилова (2022), которое посвящено изучению эффективности использования имплантатов с различными покрытиями.

В их работе ученые провели эксперименты на животных, где имплантаты с различными покрытиями были установлены в кости и затем изучены на предмет интеграции с окружающими тканями. Было выявлено, что использование имплантатов с определенными покрытиями может улучшить их интеграцию с костной тканью и повысить долговечность имплантата. Также было выявлено, что определенные типы покрытий имплантатов могут снижать риск возникновения инфекций и других осложнений после процедуры.

Это исследование имеет важное значение для дентальной имплантологии в Узбекистане и может помочь улучшить качество процедуры и повысить уровень здоровья пациентов. Кроме того, в области стоматологической имплантации проводятся исследования и другие узбекские ученые, в том числе работы Шарипова и Холбердиева (2021), которые изучают влияние различных факторов на успешность процедур имплантации. Их исследования также выявили, что определенные параметры, такие как качество материалов и конструкций имплантатов, могут существенно влиять на процесс интеграции и долговечность имплантатов в тканях организма.

Исследования в области стоматологической имплантации, проводимые в Узбекистане и других странах, позволяют нам лучше понимать процесс имплантации и разрабатывать новые методы и технологии, которые могут улучшить качество жизни пациентов и повысить эффективность процедуры.

Материалы и методы. Для проведения данного исследования были использованы данные из различных источников, включая научные статьи, диссертации, исследовательские отчеты и другие публикации, связанные с областью стоматологической имплантации. Это позволило ученым получить обширную информацию о процессе

имплантации зубов и о том, каким образом различные факторы могут влиять на успешность этой процедуры.

Исследование проводилось на базе отделения ЧЛХ в Бухарском областном медицинском центре в период с 1 января 2021 года по 31 декабря 2022 года. В исследовании участвовали пациенты, которым была выполнена стоматологическая имплантация с использованием имплантатов из различных материалов. Общее количество пациентов составило 100 человек.

При проведении имплантации были использованы имплантаты различных дизайнов и поверхностных характеристик. Для оценки стабильности и долговечности имплантатов проводилось рентгенологическое исследование через 6, 12 и 24 месяца после имплантации.

Для анализа эффективности использовались следующие показатели: процент успешных имплантаций, процент осложнений, время лечения и косметический результат.

Для анализа полученных данных были использованы различные методы, включая квалитетрический анализ, который позволяет оценить качество и достоверность информации, статистический анализ, который позволяет выявить статистически значимые различия между группами данных, сравнительный анализ, который позволяет сравнить различные показатели и параметры, а также методы системного и стратегического анализа, которые позволяют рассмотреть процесс имплантации зубов в комплексе и определить наиболее эффективные подходы к его улучшению.

Использование такого разнообразия методов анализа позволило ученым получить более полное представление о процессе имплантации зубов и выявить факторы, которые могут оказывать наибольшее влияние на успешность этой процедуры. Кроме того, использование различных методов анализа позволяет увеличить достоверность и обоснованность выводов, сделанных на основе полученных данных.

Данные были обработаны с использованием статистического пакета программ SPSS и Excel. Для сравнения результатов использовался критерий Стьюдента и анализ дисперсии.

Таким образом, данное исследование является важным вкладом в область стоматологической имплантации и может помочь улучшить качество и эффективность процедуры. Использование разнообразных

методов анализа данных позволяет получить более полное и точное представление о процессе имплантации зубов и определить наиболее эффективные подходы к его улучшению.

Результаты и обсуждение. В исследовании были использованы имплантаты из различных материалов, включая титановые, керамические и комбинированные имплантаты. Были также использованы имплантаты различных поверхностных характеристик, включая нанокристаллические и поверхности с покрытием из гидроксиапатита.

В результате исследования было установлено, что процент успешных имплантаций составил 98%. Осложнения были зафиксированы только в 2% случаев, что свидетельствует о высокой эффективности имплантации. Время лечения составило в среднем 6 месяцев.

Сравнительный анализ показал, что использование нанокристаллических материалов для покрытия поверхности имплантатов и использование имплантатов с ПРР-дизайном улучшает процесс интеграции имплантатов в ткани организма и повышает стабильность имплантатов. Керамические имплантаты также показали хорошие результаты, однако их использование было связано с высокой стоимостью.

Таким образом, результаты исследования подтверждают высокую эффективность стоматологической имплантации с использованием имплантатов различных материалов и дизайнов. Использование новых материалов и поверхностных характеристик имплантатов позволяет повышать их стабильность и долговечность, что ведет к улучшению качества жизни пациентов.

Заключение. Дентальная имплантация является одним из наиболее эффективных способов восстановления зубного ряда и улучшения качества жизни пациентов. Современные исследования в области дентальной имплантологии позволяют создавать все более эффективные методы, технологии и материалы, которые улучшают качество и результаты процедуры имплантации.

Исследования, проводимые за рубежом, играют важную роль в развитии этой области. Новые методы, такие как ПРР-процедура, позволяют проводить имплантацию зубов более эффективно и быстро. Развитие новых материалов и поверхностных характеристик имплантатов повышает их стабильность и долговечность, а использование нанокристаллических материалов улучшает процесс интеграции имплантатов в ткани организма.

В целом, исследования в области дентальной имплантологии позволяют улучшать качество и результаты процедуры имплантации зубов, что ведет к улучшению качества жизни пациентов. Дальнейшие исследования в этой области будут направлены на создание еще более эффективных методов и материалов для имплантации зубов, что позволит достичь еще более высоких результатов.

CHANGES IN THE DENTAL SYSTEM AND MAXILLOFACIAL REGION IN PATIENTS AFTER STROKE

Zhurakulov N.Sh., Shomurodov K.E., Mirkhusanova R.S.

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

One of the most important health problems is cardiovascular diseases. The most severe complication of these diseases is cerebral circulatory disorders (CCD). Stroke is the leading cause of death and disability in the world. According to statistics, more than 65 thousand new cases of stroke are registered in Uzbekistan every year. At the same time, more than 160 new cases occur in the country every day. There are 25-30 cases of stroke every day in Tashkent (Khaydarov N.K., 2020).

The aim of the study was to analyze scientific and clinical studies on dental status of stroke patients.

The review was based on journal articles from the scientific databases Scopus, Web of Science, eLibrary, etc., devoted to the study of clinical and functional changes in the dental and maxillofacial region occurring in stroke patients.

Sialorrhea is aggravated by damage to the nucleus of the accessory nerve (Schmidt syndrome), since the resulting weakness of the sternocleidomastoid muscle causes the tilt of the head and the leakage of saliva from the oral cavity. Salivation after a stroke can occur due to central and peripheral lesions of the facial nerve. With paresis of the muscles of the lower face and loosely closed lips, saliva may leak from the oral cavity. Central paresis of facial muscles occurs in pathology in the lower part of the precentral gyrus or with damage to the cortical nuclear pathway.

Thus, the cause of sialorrhea in stroke may be difficulties in the effectiveness and frequency of swallowing, decreased sensitivity or weakness of the muscles of the face and mouth, violation of the head posture.

In general, there is a connection between the condition of the oral cavity and the likelihood of infectious complications of the bronchopulmonary system. The risk of their development increases in older age, which is to some extent associated with age-related changes in the composition of the bacterial flora of the oral cavity. The development of stroke contributes to the aggravation of these changes. So, according to E. Boaden et al., R. Day et al., in the acute period of cerebral stroke (CS), the composition of the bacterial and fungal flora of the oral cavity changes qualitatively and quantitatively. In addition, stroke disrupts the biomechanics of the muscles of the oral cavity, which increases the likelihood of residual food in it and the development of aspiration (Chuchalin A.G., 2020).

The provision of dental care, especially dental implantation to patients who have suffered a stroke, causes reasonable concern among dentists. Despite the successes achieved over the past decades in the development of new diagnostic methods and clinical protocols, the quality of implantological treatment for patients with CCD in many institutions remains low, due to the lack of standards for the replacement of dentition defects with dental implants in this group of patients. When organizing dental care for people with CCD, it is necessary to take into account the currently existing periods of the post-stroke stage: the acute period (the first 3-4 weeks); the early recovery period (the first 6 months); the late recovery period (from 6 months to 1 year); the period of residual events (one year after the stroke).

The organization of dental care for acute CCD is traditionally divided into hospital (inpatient) and outpatient stages. Each of them solves its own tasks, but at the same time they are inextricably linked into a single whole, which allows for the necessary continuity of patient management.

The main objectives of dental care in the acute period of stroke are: the choice of optimal therapeutic tactics, prevention of visceral complications. Pain in the facial area in patients with acute CCD may be a consequence of malocclusion, improperly made dentures, diseases of the temporomandibular joint, unilateral chewing. During the examination, attention is paid to the asymmetry of the face, visible tissue changes. Quite often, there is a slight asymmetry of the face, which occurs when chewing mainly on one side, which leads to unilateral hypertrophy of the masticatory muscles, different configurations of the upper and lower

dental arches, different degrees of inclination of the teeth on one side relative to the other, or a combination of these reasons.

It is quite obvious that CCDs increase the risk of complications during dental interventions, therefore, most researchers recommend dental treatment 6 months after CCDs. Similar recommendations have been developed for patients with myocardial infarction. However, currently, the risk of complications is not a limitation for dental treatment within a month after a myocardial infarction. Most authors recommend postponing dental treatment until 6 months after the stroke or until the end of the first year (Little J.W., 2007; Maximova M.Yu., 2013).

It is known that dental treatment can be performed as early as a few weeks after a stroke. To confirm these data, it is necessary to continue the ongoing research. Undoubtedly, the main aspects of dental implantation are its individualization in the perspective of large-scale screening.

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

Кабанова А.А., Окулич В.К., Погоцкий А.К., Кабанова С.А.

Учреждение образования «Витебский государственный медицинский университет», Республика Беларусь

На протяжении последних десятилетий одонтогенные инфекционно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и их осложнения являются одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Данная патология имеет значительное распространение в мире в целом и в Республике Беларусь. В роли возбудителя одонтогенной инфекции чаще всего выступают микроорганизмы, вегетирующие в полости рта: стрептококки (*Streptococcus mutans*, *Streptococcus milleri*), неспорообразующие анаэробы (*Peptostreptococcus spp.*, *Fusobacterium spp.*)

Цель исследования – определить антибиотикорезистентность основных возбудителей одонтогенной инфекции.

Материалы и методы. С применением стандартных микробиологических методов у пациентов с одонтогенными инфекционно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области из гнойного очага выполнен забор содержимого,

идентификация возбудителей и определение их чувствительности к антибактериальным препаратам. Исследование выполнено на базе стоматологического отделения Витебской областной клинической больницы (г. Витебск, Республика Беларусь).

S. aureus, выделенный у пациентов стоматологического отделения УЗ «Витебская областная клиническая больница», был наименее резистентным к ванкомицину (0,0 %), клиндамицину (0,0 %), амикацину (3,7 %), цефазолину (8,3 %), цефтриаксону (11,5 %), линкомицину (13,0 %), гентамицину (14,8 %), ципрофлоксацину (18,5 %), офлоксацину (18,5 %). Более высокий уровень резистентности продемонстрирован к цефотаксиму (25,0 %).

Наименьшей устойчивостью *S. epidermidis*, выделенный в стоматологическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница», обладал к ванкомицину – 0,0 %, амикацину – 9,4 %, ципрофлоксацину – 11,5 %, клиндамицину – 14,0 %, цефотаксиму – 14,4 %, цефтриаксону – 16,5 %, цефазолину – 16,6 %, офлоксацину – 18,4 %, более выраженной к гентамицину – 21,3 % и линкомицину – 28,8 %.

Возбудители *Streptococcus spp.* обладали наименьшей устойчивостью к клиндамицину и ванкомицину (0,0 %), цефотаксиму (4,0 %), цефтриаксону (10,0 %), ципрофлоксацину (13,3 %), доксициклину (20,0 %). Более высокий уровень устойчивости выявлен к ко-тримоксазолу (24,0 %), линкомицину (25,0 %), ампициллину (28,6 %).

Возбудители семейства энтеробактерий не продемонстрировали устойчивости к цефтазидиму, цефтриаксону, цефотаксиму, имипенему, меропенему, амикацину, гентамицину, ципрофлоксацину, цефоперазон/сульбактаму. Резистентность к амоксициллин/клавулановой кислоте составила 50,0 %.

Заключение. На основании полученных данных резистентности и чувствительности основных возбудителей можно рекомендовать следующие антибиотики для эмпирической терапии инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи до получения результатов бактериологического исследования: клиндамицин (эффективен в отношении всех исследованных семейств возбудителей), цефтриаксон, фторхинолоны (ципрофлоксацин).

СОЧЕТАНИЕ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И ЭЛЕКТРОННОЙ АКСИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ «ЩЕЛКАЮЩЕЙ» ЧЕЛЮСТИ

Кириллов И.А.

(научный руководитель - проф. Е.А. Булычева)

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Россия, Санкт-Петербург

«Щелкающая» челюсть – одна из наиболее часто встречающихся форм дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС). Функциональные и рентгенологические методы – необходимые составляющие комплекса диагностики пациентов с данным патологическим состоянием.

Цель исследования: изучить и сравнить данные аксиографии и компьютерной томографии (КТ) пациентов с «щелкающей» челюстью и с отсутствием патологических шумов в области ВНЧС.

В исследовании использовались клинические (опрос, осмотр, пальпация жевательной мускулатуры, аускультация), а также параклинические методы обследования: компьютерная томография и аксиография.

В рамках анализа КТ измерялись морфологические параметры головок нижней челюсти (НЧ), мышечковых отростков НЧ, передних скатов суставных бугорков, рентгенологической суставной щели в сагиттальной и аксиальной проекциях.

При анализе аксиограмм изучались качественные характеристики графических кривых: форма, расположение, качество, симметричность, траектория движений и положение шарнирных осей, а также количественные параметры: данные углов сагиттального суставного (ССП) и резцового путей, углов Беннетта для правого и левого ВНЧС.

На базе кафедры стоматологии ортопедической и материаловедения с курсом ортодонтии взрослых ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, а также же на базе стоматологии «Кристалл» было обследовано 15 человек с дистальным прикусом (12 женщин и 3 мужчины) в возрасте от 21 до 35 лет, входящих в состав двух

однородных групп, которые отличались одним клиническим симптомом – наличием акустических шумов в виде щелканья в области ВНЧС.

Анализ КТ пациентов 1-ой группы с «Щелкающей» челюстью (10 человек) продемонстрировал: асимметричное положение головок НЧ в 60% случаев, значительное несоответствие одноименных измерений рентгенологической суставной щели правого и левого ВНЧС, расхождение параметров длины мышцелковых отростков со средней разницей $3,4\pm 0,1$ мм (6 человек); асимметрию наклонов передних скатов суставных бугорков со средней разницей $6,5\pm 0,1^\circ$ (6 человек).

Анализ КТ пациентов 2-ой группы (5 человек) продемонстрировал: симметричное положение головок НЧ в 80 % случаев; минимальные отличия одноименных измерений рентгенологической суставной щели правого и левого ВНЧС; совпадение параметров длины мышцелковых отростков; расхождение углов наклона переднего ската суставного бугорка на $2,7\pm 0,1^\circ$ у 1-ого обследуемого.

На всех аксиограммах пациентов 1-ой группы наблюдается асимметричное положение линий графиков, наличие зубцов и зигзагообразных участков. Определяется различие в углах ССП и Беннетта для правого и левого суставов в среднем на $4,27\pm 0,1^\circ$ и $4,9\pm 0,1^\circ$ соответственно. Аналогичный анализ пациентов 2-ой группы продемонстрировал симметричность как качественных, так и количественных показателей.

Аксиография и компьютерная томография позволяют получить данные о структурном и функциональном состоянии ВНЧС. Нарушение равновесия соответствующих параметров правого и левого ВНЧС, безусловно, является причиной заболевания данного сочленения.

ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ. ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ДО И ПОСЛЕ ПОСТАНОВКИ ТЯЖЕЛОГО ДИАГНОЗА.

Кулик И.В., Гордеева В.А., Силин А.В., Михайлова Е.С.

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»*

Актуальность. Злокачественные новообразования слизистой оболочки рта (СОР) являются одними из самых агрессивных и трудно поддающихся лечению. За последнее десятилетие прирост заболеваемости злокачественными опухолями полости рта в РФ составляет 17,3%. В 61-68% случаев развитию рака СОР предшествует предраковое заболевание, риск малигнизации которого зависит от ряда факторов, связанных как с состоянием здоровья пациента и видом воздействующего онкогенного фактора, так и с развившимся предраковым заболеванием СОР. Наиболее часто к развитию предраковых состояний и их дальнейшему переходу в злокачественное новообразование приводят такие местные факторы, как хроническая механическая травма СОР и курение. Среди общесоматических заболеваний, повышающих риск развития предраковых состояний, выделяется сахарный диабет (СД), который характеризуется интенсивными воспалительными реакциями и наличием макро- и микрососудистых осложнений, изменяющих структуру тканей полости рта. Ксеростомия, длительно текущие воспалительные процессы, патология тканей пародонта, наблюдаемые у большинства пациентов с СД, являются факторами, способствующим ускорению процессов малигнизации. Но даже после проведенного лечения рака наблюдение за больными не должно завершаться, поскольку изменения СОР, встречающиеся в высоком проценте случаев на фоне адьювантной терапии у пациентов, имеющих в анамнезе рак полости рта, в свою очередь также относятся к предраковым.

Цель: Улучшение качества диагностики предраковых заболеваний СОР и ККГ у пациентов с и снижение риска малигнизации предракового процесса.

Задачи: 1. Выявить наиболее часто встречающиеся на амбулаторном стоматологическом приеме предраковые заболевания слизистой оболочки рта;

2. Провести клиническую оценку риска малигнизации предраковых заболеваний;

3. Выявить частоту встречаемости осложнений со стороны полости рта у пациентов, получающих адъювантную терапию.

Материалы и методы: пациенты с заболеваниями слизистой оболочки рта, наблюдавшиеся на кафедре стоматологии общей практики с 2022 года по 2024 год в количестве 2336 человек в возрасте от 18 до 88 лет. Из них 1893 женщины (288 (15,2%) молодого возраста – до 45 лет и 1605 (84,8%) в возрасте старше 45 лет) и 443 мужчины (168 (38%) в возрасте до 45 лет и 275 (62%) старше 45 лет).

Методы: 1. Клинические (опрос, осмотр). 2. Дополнительные инструментальные скрининговые методы диагностики: аутофлюоресцентная стоматоскопия (АФС), проба Шиллера-Писарева (при наличии эрозивно-язвенных процессов).

Всем пациентам были проведены основные клинические методы обследования (опрос, осмотр, пальпация). Всем пациентам были проведены дополнительные инструментальные скрининговые методы диагностики (АФС) и проба Шиллера-Писарева. Клинические и инструментальные методы обследования проводились для исключения признаков малигнизации процесса.

Результаты:

Одними из самых часто встречающихся патологических состояний (2-3 место по частоте встречаемости) оказались красный плоский лишай (КПЛ) и лейкоплакия СОР, относящиеся к факультативным предраковым состояниям. У женщин в возрасте старше 45 лет КПЛ встречался в 15,1% случаев, младше 45 – в 9,1%. У мужчин в возрасте старше 45 лет КПЛ встречался в 13,5% случаев, младше 45 – в 10,88%. Лейкоплакия чаще наблюдалась у мужчин, причем вне зависимости от возраста в 11% случаев, у женщин же младше 45 лейкоплакия встречалась намного реже - в 2,24% по сравнению с 6,76% у женщин старше 45 лет ($p < 0,05$). На 4-5 месте по частоте встречаемости оказался кандидоз СОР, также провоцирующий развитие онкопатологии, особенно на фоне курения и наличия общесоматической патологии как СД.

Кроме того, встречались пациенты с такими предраковыми состояниями как хейлит Манганотти, папилломы и папилломатоз, хроническая травматическая язва, хроническая трещина губ,

эритроплакия. Частота встречаемости данных нозологических форм не превышала 3,2% случаев. Рак слизистой оболочки рта был выявлен у 2% мужчин и 1,23% женщин в возрасте старше 45 лет.

С мукозитом разной степени тяжести на фоне проводимой адъювантной терапии, который также является факультативным предраковым заболеванием с низкой вероятностью озлокачествления, обратились 27 женщин (1,43%) и 13 мужчин (2,95%) старше 45 лет.

При сборе анамнеза жизни было выявлено, что предраковые заболевания СОР наиболее часто наблюдались у пациентов с сахарным диабетом, несколько реже – у пациентов с заболеваниями кишечника. Отмечались такие нозологические формы как эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая, хроническая травматическая язва, лейкоплакия, кандидозная лейкоплакия и преканцерозный хейлит Манганотти. Отягощающими состоянием факторами являлось курение и кандидозная инфекция.

У 17 пациентов (42,5%) с мукозитом, получавших адъювантную терапию, в анамнезе был выявлен сахарный диабет.

Для исключения клинических признаков малигнизации процесса всем пациентам с предраковыми состояниями и с мукозитом на фоне проводимой адъювантной терапии проводилась АФС, при обнаружении участков с эффектом «черных пятен» пациент направлялся на консультацию к онкологу-стоматологу. Проба Шиллера-Писарева, проводимая пациентам с эрозивно-язвенными процессами, демонстрировавшая неравномерную окраску зоны воспаления, также могла свидетельствовать о начальных признаках малигнизации.

Выводы:

1. К предраковым заболеваниям, часто встречающимся у пациентов с патологией СОР, относятся красный плоский лишай и лейкоплакия, что требует предельно внимательного отношения к осмотру полости рта у таких больных и проявления онкологической настороженности при обследовании их врачом-стоматологом.

2. Сахарный диабет является предрасполагающим к развитию предраковых состояний полости рта заболеванием. Микрососудистые и макрососудистые осложнения на фоне высокого уровня глюкозы в крови приводят к изменениям эпителия, таким как акантоз и гиперкератоз; воспалительным реакциям и эпителиальным изъязвлениям, что приводит к развитию длительно протекающих пролиферативных и дегенеративных поражений СОР. Ксеростомия провоцирует нарушение процессов эпителизации и изменение

состава микрофлоры полости рта, что также способствует малигнизации. У пациентов с сахарным диабетом, получающих адъювантную терапию, в 42,5% случаев развивается мукозит разной степени тяжести, являющийся предраковым заболеванием.

3. Необходимым является знание врачом-стоматологом клинических признаков озлокачествления и обязательное проведение дополнительных инструментальных скрининговых методы диагностики предраковых заболеваний.

Зная факторы риска развития предраковых состояний и клинические признаки малигнизации, врач-стоматолог может минимизировать воздействие вредных факторов на пациента, стабилизировать процесс, провести необходимое лечение на стадии предрака и провести своевременную диагностику для предотвращения озлокачествления заболевания. Мукозит, развивающийся на фоне проводимой адъювантной терапии, также является факультативным предраковым заболеванием и требует адекватной своевременной терапии.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Матсопоев Д.О., Шомуродов К.Э.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Узбекистан

Актуальность проблемы. Проблема хирургических инфекций на сегодняшний день актуальна – доля этих больных составляет от 40 до 50% от общего числа пациентов, обратившихся за хирургической помощью с патологией челюстно-лицевой области. Особую значимость данная проблема приобретает в связи с тем, что на молодой и средний возраст приходится от 30-60% пациентов, что определяет большую ее социальную значимость. Оценка временной динамики показывает достоверный рост потребности в улучшении результатов лечения больных с гнойно – воспалительными заболеваниями челюстно – лицевой области. Наиболее перспективным направлением, призванным удовлетворить эти потребности, является местное воздействие на гнойную рану. Основной проблемой создания оптимальных условий скорейшего

очищения и заживления гнойного очага, является разработка эффективно и надежно работающей методики местного лечения.

На наш взгляд использование современных раневых покрытий в комплексном лечении гнойно – воспалительных заболеваний челюстно – лицевой области может оказать потенцированный эффект в высвобождении и заживлении гнойной раны, что позволит привести к сокращению пребывания больных в стационаре и потребует минимальных затрат на достижение цели удовлетворить больного результатами лечения

На основе вышеизложенного были определены цель и конкретные задачи настоящего научного исследования.

Объектом исследования явились 150 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (одонтогенными абсцессами и флегмонами), получавшие стационарное лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра в период 2021-2023 гг.

Предметом исследования явились больные в ГВЗ ЧЛО, ротовая жидкость, сыворотка крови.

Методы исследования. В исследовании использовались клинические, рентгенологические, микробиологические, биохимические и статистические методы.

Результаты исследования: на основании ретроспективного анализа выявлен рост числа госпитализаций пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в период за 2021-2023 годы в Хорезмской области;

Впервые показано положительное влияние местного применения раневой повязки на основе химотрипсина «ПапаПран» на антибиотикорезистентный иммунитет, уменьшение микробной обсемененности раневой поверхности и репаративные процессы у больных с флегмонами челюстно-лицевой области;

На основании выполненных биохимических и иммунологических исследований установлено, что применение традиционной терапии в сочетании с раневой повязкой на основе химотрипсина «ПараПран» в комплексном лечении одонтогенных флегмон обеспечивает оптимальные результаты: быстрый регресс воспалительных явлений, сокращение сроков экссудации и усиление репаративных тканевых процессов.

Доказано, что при включении в состав комплексного лечения гнойно – воспалительных заболеваний челюстно – лицевой области

применения раневой повязки на основе химотрипсина «ПапаПран» выявлены следующие механизмы: ускорение очищения ран от гнойно – некротических тканей, выраженное антимикробное действие, что способствует сокращению времени пребывания пациента в стационаре.

Заключение. Раневая повязка на основе химотрипсина «ПапаПран» может быть использована в составе местного лечения гнойных ран в качестве препарата противомикробного, противовоспалительного действия, улучшающего условия для регенерации тканей и повышающего эффективность комплексного лечения ГВЗ ЧЛО.

THE EFFECT OF NON-ABLATIVE LASER PHOTOTHERMOLYSIS ON THE FORMATION OF THE GINGIVAL CONTOUR AROUND DENTAL IMPLANTS

Mirkhusanova R.S., Shomurodov K.E., Igamova S.Z.

Tashkent State Dental Institute, Uzbekistan

The surrounding soft tissues play an important role in the long-term prognosis of prosthetics based on dental implants (DI), both aesthetically and functionally. The stability of the mucous membrane level can be influenced by the quality and quantity of soft tissues, the type of surgical intervention and the design features of the prosthesis.

The issue of choosing the method of dental implant uncovering for installing a healing abutment (HA) is important. It is argued that a linear incision along the top of the alveolar ridge makes it practically impossible to restore the natural structure and shape of the gingiva in the area of the DI. There are several studies on the assessment of tissue formation after performing access to the DI plug using a laser and a scalpel, the results of which contradict each other.

The purpose of this study was a comparative assessment of the parameters of the formation of the gingival contour, depending on the technique of creating access to the plug for installing the HA.

A split-mouth clinical study was conducted on 20 patients with a bilateral included defect of the distal dentition. The exclusion criteria were: age under 18 and over 70 years old, complete edentulousness, terminal defects, damage to the oral mucosa, poor oral hygiene, smoking, mucositis, peri-implantitis, refusal of the patient to participate or not to attend any of

the stages of the study, periodontitis, pregnancy, lactation, chronic diseases at the stage of decompensation, tumor processes, pathologies of the hemostatic system, inflammatory and autoimmune diseases, viral hepatitis, AIDS and tuberculosis.

A total of 52 DI Straumann (Switzerland) were installed. After osseointegration, access to the DI plug on one half of the dentition was formed by a median incision with a scalpel, and on the other half by a DIOMAX® diode laser (KLS Martin Group, Germany) with a wavelength of 980 nm. Next, the plug was replaced with an HA. Control examinations were carried out weekly throughout the entire 21-day period of formation of the gingival contour and 6 months after prosthetics.

The gingiva thickness was measured with a CP 15 UNC periodontal probe (Hu-Friedy, USA) with an accuracy of 0.5 mm. The intensity of marginal bone resorption was determined by targeted X-rays 3 weeks after the installation of HA and 6 months after fixation of the orthopedic construction. The measurement accuracy was 0.1 mm, and the length of the DI was used as a reference for correcting distortions. The eruption angle was measured with a digital vernier caliper, and the profile type was classified into straight, concave and convex. The degree of restoration of the gingival papilla was assessed by the Jemt index. The statistical analysis was performed using the OriginPro 8.6 program (OriginLab Corporation, USA) using the Two-sample t-Test method. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

The average intervention time by the traditional method (TM) was 3.24 ± 1.28 minutes and 2.25 ± 0.95 minutes by a diode laser (DL). Postoperative pain according to VAS was 58.4 ± 11.6 mm for TM and 11.6 ± 9.7 mm for DL.

The dynamics of changes in gingiva thickness showed an increase in this indicator a week after the installation of HA was due to the presence of collateral edema in response to the intervention. Further, a gradual decrease in gingiva thickness was observed, due to a decrease in edema and stress due to fixation of the orthopedic structure. On average, the values decreased by 5% on the side of TM intervention. In the areas where DL was applied, an increase in gingiva thickness was also found by the time permanent structures were installed. There was a slight decrease in the indicator due to the functional load 6 months after the fixation of the prostheses.

The risk of peri-implantitis increases when the eruption angle is $>30^\circ$. It is recommended to form a straight or concave eruption profile, since a convex profile also increases the risk of peri-implant pathology. In our

study, in the area where DL was used, straight and concave eruption profiles were formed in 84% of cases. A convex profile was observed in 4 mesial and 5 distal sections. After TM, a convex profile was noted in 8 mesial and 8 distal sections. The eruption angle in the DL group in all areas was $<30^\circ$, whereas in the TM group in 4 patients this angle was $>30^\circ$.

The most intense marginal bone resorption from both the mesial and distal sides was noted in the area of DI with traditional access. The average height loss of the marginal bone was 0.41 ± 0.05 mm on the mesial side and 0.37 ± 0.08 mm on the distal side. In the areas where DL was applied, the average was 0.24 ± 0.02 mm and 0.28 ± 0.04 mm, respectively.

The results of the Jemt index showed a favorable effect of DL on the formation of soft tissues – gingival papillae filled the entire proximal space in 84% of the observed areas. With TM, 67% of the height of the mesial and 52% of the distal gingival papilla were restored. At the same time, after fixation of the orthopedic structure, in 8% of cases, there was a decrease in the height of the gingival papilla associated with functional load.

Thus, the positive effect of using DL to create access to the DI plug at the stage of installing PD on the parameters of the surrounding soft tissues was revealed. Due to the absence of bleeding, a reduction in the duration of intervention and the risk of postoperative complications (bleeding, suture divergence, inflammation, etc.) was achieved. In addition, stability of gingiva thickness, papillary height, and marginal bone tissue was found, despite the functional load.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ С РАЗМЕРАМИ ОТВЕРСТИЙ ЧЕРЕПА, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА.

Михайлик Р.А.,² Лопушанская Т.А.,¹ Петросян Л.Б.¹

*¹Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Россия*

*²Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова,
Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Современные методики исследования и диагностики патологических состояний позволяют делать прогноз на более ранних стадиях заболевания порой до появления клинически значимых симптомов. Существуют различные теории возникновения лицевых болей. По мнению современных исследователей невралгия

тройничного нерва провоцируется давлением кровеносного сосуда (артерия или вена) на часть нерва, вызывая изменение оболочки нерва (демиелинизацию), что приводит к изменению прохождения нервных импульсов, вызывая появление патологической возбудимости нерва и к возникновению боли (Пузин, Гречко, 2002).

Причиной локального изменения оболочки нерва может быть также и давление опухолью на нерв, давление стенкой суженного костного канала, по которому нерв проходит. Оболочка может быть повреждена и при вирусных заболеваниях (герпес) или при рассеянном склерозе.

Цель. Оценить характеристики костных каналов у пациентов с лицевыми болями и без жалоб на боль

Материалы и методы. Обследовано 80 человек в возрасте от 27 до 71 года. Проводилось стандартное клиническое обследование, включающее осмотр, пальпацию, аускультацию, сбор анамнеза. Все пациенты, участвующие в исследовании проходили обследование у врача-невролога.

Компьютерная томография выполнялась на аппарате Light Speed Plus фирмы General Electric с четырьмя линейками детекторных рядов. В стандартный протокол исследования входили следующие параметры: толщина среза 0,625 мм, интервал 0,625 мм, поле исследования от 140 до 170 мм, матрица 520, наклон Гентри равный нулю. Основными условиями выполнения являлись: неподвижность пациента, предварительное удаление съемных протезов. Зоны интереса при сканировании в условиях компьютерной томографии обязательно включали височно-нижнечелюстные суставы, верхнюю и нижнюю челюсти.

Результаты исследования. Пациенты разделены на две группы с клиническими проявлениями прозопалгий индуцированными неясной этиологией (58 человек) и болями в области лица индуцированными неврологическими проявлениями (22 человека). Группы репрезентативны по полу и возрасту.

Проведено исследование с использованием методики компьютерной томографии и расчет размеров отверстий и каналов расположенных по ходу ветвей тройничного нерва. В результате статистического анализа полученных данных выявлено, что наибольшей вариабельностью обладали отверстия черепа *f. ovale* и *f. rotundum*. Размеры данных отверстий достоверно различались в

группах сравнения ($p < 0,05$). Для более точного сравнения размеров отверстий проводилось сравнение площадей отверстий. Размеры *f. ovale* составили 25.02 ± 2.64 мм² в группе неврологических проявлений и 20.50 ± 2.07 мм² в группе с прозопалгиями неясной этиологии. Размеры *f. rotundum* составили 3.85 ± 1.22 мм² в группе неврологических проявлений и 2.07 ± 0.59 мм² в группе с прозопалгий неясной этиологии.

Полученные данные свидетельствуют о том, что в группе с проявлениями прозопалгий неясной этиологии размер отверстий *f. ovale* и *f. rotundum* был достоверно меньше по сравнению с группой верифицированной невралгии тройничного нерва.

Выводы.

1. Выявлена достоверная взаимосвязь размеров костных каналов, предназначенных для прохождения ветвей тройничного нерва с клиническими проявлениями прозопалгий.

2. Обследование на спиральном компьютерном томографе с толщиной среза 0.625 мм. позволяет визуализировать костные структуры черепа с разрешающей способностью достаточной для проведения диагностических исследований каналов и отверстий черепа.

3. Полученные данные могут быть применены для дифференциальной диагностики лицевых болей у стоматологических больных.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

Юсуфов Норбек Исломбек угли, Мусаев Шамшодбек Шухратович

Ташкентский государственный стоматологический институт, Узбекистан

На сегодняшний день травмы зубов и альвеолярных отростков (АО) челюстей принадлежат к одним из самых распространенных видов травматических повреждений, с которыми встречаются в своей клинической практике врачи-стоматологи, работающие как с детьми, так и со взрослыми. Чаще травматическим повреждениям подвергается верхняя челюсть в переднем участке из-за особенностей анатомического строения лица. Зубочелюстные аномалии

увеличивают вероятность травмы передних верхних зубов (отсутствие анатомического шинирования зубного ряда и локальная концентрация ударной нагрузки при дистопии зубов). Данный вид травм составляет, по данным разных литературных источников, от 1,5 до 3,9% от общего числа травм челюстно-лицевой области (Артюшкевич А.С., 2001; Робустова Т.Г., 2003; Шаргородский А.Г., 2004; Лобко В.А., Прялкин С.В., 2013; Jungsuk Cho et al, 2022).

По данным Andreassen J.O. и Lauridsen E. (2015), в большинстве случаев переломы АО затрагивают только два зуба (57%), но иногда затрагивают и до семи зубов. Переломы АО чаще всего встречаются в возрасте от 15 до 25 лет (43%). Повреждения мягких тканей встречаются в 73% случаях. Наиболее часто линия перелома АО нижней челюсти располагается вдоль периодонтальной щели клыков и в сагиттальном шве между двумя центральными резцами верхней челюсти. По мнению авторов эта закономерность, по-видимому, коррелирует со слабыми зонами челюстей.

Как правило, повреждения альвеолярных отростков сопровождаются теми или иными повреждениями зубов, и наоборот - повреждения зубов могут вызывать травму альвеолярных отростков челюстей.

Альвеолярный отросток верхней челюсти чаще подвержен перелому по сравнению с альвеолярной частью нижней челюсти (примерно в соотношении 5:1). Главными принципами лечения переломов альвеолярного отростка являются те же принципы, что и в лечении любых переломов, а именно: правильная репозиция и иммобилизация. Иммобилизацию можно обеспечить при помощи гладкой шины-скобы, зубнадесневой шины (Ванкевича, Степанова, Вебера) и шины-каппы (Черченко Н.Н., Самсонов С.В., 2013). В зарубежных литературах чаще упоминаются дуги Эриха и дуги Рисдона при лечении переломов АО (Jungsuk Cho et al, 2022). Кроме перечисленных методов на практике для иммобилизации применяются лигатурное связывание зубов, брекет-системы и шинирование стекловолоконной лентой при условии сохранности целостности зубного ряда. При травматических переломах и отсутствии значительного количества зубов на челюсти Лобко В.А., Прялкин С.В. (2013) рекомендуют к применению в клинической практике шину базисного типа с проволочными лигатурами для фиксации фрагментов АО. После вправления и закрепления отломка

АО необходимо тщательно зашить разорванную слизистую оболочку десны.

Выбор метода иммобилизации костных отломков АО определяется локализацией, типом и характером перелома, наличием достаточного количества устойчивых зубов на отломках, общим состоянием больного и др.

Применяемая в настоящее время методика фиксации назубных шин наряду с большим количеством достоинств имеет и ряд недостатков, наиболее существенными из которых являются: негативное воздействие на ткани пародонта, значительное снижение уровня гигиены полости рта и качества жизни пациентов. В связи с этим особую актуальность в настоящее время для фиксации иммобилизирующих конструкций приобретают использование адгезивных методик. Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что данная проблема требует поиска альтернативных методов фиксации иммобилизирующих конструкций, которые не оказывали бы отрицательного влияния на мягкие ткани пародонта и обеспечивали бы адекватную иммобилизацию костных фрагментов при лечении переломов АО.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНАТОМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЯГКОГО НЕБА ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ

Нурматов Д.Н.

Бухарский государственный медицинский институт

Мягкое нёбо является мышечным образованием с фиброзной основой. Оно имеет ряд необходимых для человеческого организма функций: разобщает ротоглотку от носоглотки, направляет пищевой поток и жидкости в пищевод, регулирует поток воздуха при дыхании и формировании звуков речи. Язычок имеется только у человека в связи с необходимостью создавать в ротовой полости герметичность, препятствующая отвисанию челюсти при вертикальном положении тела, а также для направления пищи. Основу язычка составляют гладкие мышцы, покрытые слизистой оболочкой.

В системе комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной неба одной из основных задач, стоящих перед хирургом, является устранение расщелины с восстановлением анатомо-функционального состояния мягкого неба, в том числе и язычка. Как показали наши наблюдения, используемые способы уранопластики не всегда позволяют восстановить форму мягкого неба и в частности язычка.

Цель исследования: Изучить анатомо-функциональное состояние мягкого неба в зависимости от способа уранопластики.

Материалы и методы: Для достижения намеченной цели нами было обследовано 44 ребенка от 3 до 8 лет, которым в возрасте от 8 месяцев до 3 лет была проведена вело- или уранопластика с врожденной расщелиной неба в клинике детской челюстно-лицевой хирургии Сам.Д.Б. У всех обследованных оценивали анатомо-функциональное состояние язычка после его пластики по следующим критериям: симметричность язычка, место расположения язычка, его подвижность.

Анализ наших исследований показал, что после пластики неба, несмотря на первичное заживление раны, мягкое небо и язычок имели различную форму. Мы их сгруппировали и в зависимости от формы восстановленного мягкого неба и язычка (ФВМНЯ) разделили в баллах по следующим критериям.

- Хороший показатель ФВМНЯ = 0 балл
- Удовлетворительный показатель ФВМНЯ = -1
- Относительно удовлетворительный показатель ФВМНЯ = -2
- Неудовлетворительный показатель ФВМНЯ = -3

В зависимости от способа операции все обследованные были разделены на 3 группы. I группу составили 23 (35,9%) детей, которым была проведена уранопластика по методу Л.Е. Фроловой с сужением глоточного кольца. II группу составили 18 (28,1%) детей, которым была проведена пластика по методу Bardach J. Техника операции заключалась в том, что разрезы, идущие по краям расщелины с обеих сторон, продолжают до кончика язычка с двумя перекидными лоскутами. III группу составили 25 (39,0%) детей, которым были проведены пластика неба с поперечным рассечением мягкого неба, с продольным ушиванием ран.

Результаты исследования: Из 44 оперированных детей в I группе после уранопластики по методу Л.Е. Фроловой из 24 у трёх

язычок был восстановлен несимметрично – одна сторона больше другой, у двух детей после операции язычок на одной стороне выше, чем на другой, у двух пациентов язычок располагался на мягком небе – ближе к линии «А». У одного ребенка после операции язычок располагался левее относительно срединного шва.

Во II группе после уранопластики поперечным рассечением мягкого неба с продольным сшиванием раны – из 20 детей только у одного ребенка язычок был сформирован крупнее обычного. У остальных детей длина и форма мягкого неба и язычка были близки к норме.

В III группе после операции на небе по методу Bardach J. из 18 детей у двух детей (11,1%) язычок расположен с наклоном в просвет носоглотки, у одного (5,5%) язычок располагался левее относительно срединного шва, и у одного (5,5%) из оперированных язычок полностью отсутствовал.

Выводы. Анализ выше рассмотренных результатов уранопластики, проведенной у детей по различным способам, не всегда достигается сформировать язычок близко к анатомической форме. После операции пластики неба сужением небно-глоточного кольца, используя ткани боковой стенки глотки, язычок в большинстве случаев теряет свою форму и место расположения. Разработанный нами метод уранопластики позволяет восстановить форму мягкого неба и язычка близко к анатомической форме.

YUQORI VA PASTKI JAG' SUYAKLARIDA SURUNKALI OSTEOMIELIT KELIB CHIQISHI, KLINIKASI, DIFFERENTIAL DIAGNOSTIKASI VA TASHXISI

Olimov Abulfayz Latifovich

*Toshkent davlat stomatologiya instituti
yuz-jag' jarrohligi kafedrasida klinik ordinatori*

Ilmiy rahbar: Xaliqov Azizbek Alimurodovich

Tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori (PhD)

Salomatlik - har bir inson uchun bebaho boylik sifatida jamiyatning ijtimoiy-iqtisodiy rivojlanishining muhim shartlaridan biri bo'lib

kelmoqda. Inson mustahkam salomatlikka ega bo'lgandagina baxtli bo'lib yashashi mumkin. Har bir millatga, har bir mamlakat uchun muqaddas bo'lgan tarixiy, madaniy, milliy qadriyatlarning barchasini jismoniy va ruhiy sog'lom insongina yarata oladi. Shunday ekan salomatlik - mavjud barcha qadriyatlar orasida eng oliysi sifatida qadrlanmog'i lozim. Inson salomatligini har qancha moddiy boylik va mablag' evaziga sotib olib bo'lmaydi. Har bir shaxs o'zining yurish-turishi uchun mas'ul deb qabul qilingan demokratik jamiyatda, inson salomatligi muhim ahamiyatga ega bo'lgan oliy qadriyat darajasiga ko'tariladi, har bir kishi o'z salomatligining quruvchisi bo'lib maydonga chiqadi, uni shunday qurish kerakki, u hech qachon buzilmasin, har qanday zararli ta'sirlarga bardosh bera olsun. Buning uchun har bir kishi mustahkam salomatlikka qanday erishish yo'lini, salomatlikning sir asrorlarini chuqur bilishi va to'laqonli salomatlikning yagona yo'li sog'lom turmush tarzi ekanligini anglab yetishi lozim. Insonlarning kasalliklar haqida ko'proq ma'lumotga ega bo'lishlari juda muhim hisoblanib, bu esa o'z o'rnida xafli kasalliklarni oldini olishga yordam beradi. Ushbu maqolamizda ana shunday kasalliklardan biri haqida ma'lumot beramiz.

Maqsad: Osteomiyelit kasalligining bo'lmasligiga xarakat qilishimiz kerak, yoki kasallik rivojlanganda unga qaratilgan davo muolajalarni to'g'ri olib borib asoratlarni kamaytirishga qaratilgan.

Osteomielit - bu suyak to'qimalarining yallig'lanishi yoki shishishi, bu odatda infeksiyaning natijasidir. Suyak infeksiyasi turli sabablarga ko'ra yuzaga kelishi mumkin va bolalar yoki kattalarga ta'sir qilishi mumkin. Osteomielit bakterial qon oqimining infeksiyasi natijasida yuzaga kelishi mumkin, ba'zida bakteriemiya yoki sepsis deb ataladi, bu suyakka tarqaladi. Bu tip ko'pincha chaqaloqlar va bolalarda uchraydi va odatda ularning femur (son suyaklari) yoki humerus (humerus suyaklari) kabi uzun suyaklariga ta'sir qiladi. Osteomiyelit kattalarga ta'sir qilganda, umurtqa pog'onasi bo'ylab vertebral suyaklar ko'pincha ta'sirlanadi.

Jag'ning osteomiyeliti - bu ichki va tashqi omillar ta'siri ostida jag' suyagining infeksiyasi va yallig'lanishi sodir bo'lgan kasallik. Kasallikning o'tkir, subakut va surunkali shakllari, shuningdek patologik jarayonning lokalizatsiyasiga qarab - yuqori va pastki jag'lar osteomiyeliti kabi turlari mavjud. Yuqori va pastki jag' osteomiyelitlari quyidagi omillar tufayli rivojlanishi mumkin:

-
- tish kasalliklari (jag'ning odontogen osteomiyeliti) - kariyes, pulpit, periodontit;
 - o'tkir yuqumli kasalliklar (tonzillit, difteriya, ezofagit);
 - surunkali yuqumli kasalliklar (sinusit, tonsillit);
 - jag'ning shikastlanishi (yoriqlar, jarohatlar).

Osteomiyelitning o'tkir va surunkali turlari bor. O'tkir gematogen osteomiyelit odatda, 8–17 yoshda ro'y beradi. Ko'pincha badan sovqotgach yoki lat yegach, to'satdan boshlanadi. Bemor junjib, temperaturasi 39–40 gacha ko'tariladi, pulsi tezlashadi, ko'z oldi qorong'lashadi, uxlay olmaydi, alahlaydi. So'ngra yallig'langan suyak og'riydi, ustidagi teri shishib, qizaradi. Yiring yorib chiqqanda temperatura pasayadi, bemorning ahvoli yaxshilanadi. Osteomiyelit oqibatida yiringli artrit rivojlanishi, suyak sinishi, sepsis paydo bo'lishi mumkin. Qonda leykotsitlar ko'payadi. Surunkali osteomiyelit, ko'pincha, o'tkir osteomiyelitdan (yiring yorib chiqqandan keyin) rivojlanib, yiring chiqadigan teshik hosil bo'ladi. Yiring bemalol chiqib turganda temperatura normal bo'lib, asosan, kechasi yoki ob-havo o'zgarganda, jismoniy ish vaqtida og'riq seziladi. Yiring teshigi qisqa vaqt berkilib turganda isitma chiqadi, og'riq kuchayadi, yallig'langan suyak ustidagi teri bo'rtadi. Kasallik birdan boshlanib, haroratning baland ko'tarilishi (39–40°C), kamquvvatlik, et uvishishi bilan davom etadi. Bemor boshi og'riyotganidan, chanqayverishdan, qusayotganidan shikoyat qiladi.

Umumiy xarakterga ega bo'lgan boshqa simptomlar ham kuzatiladi: til quruqlashadi, oqaradi, yurak tez-tez uradi (taxikardiya), qonda leykotsitoz ancha bo'ladi, leykotsitar formula chapga keskin surilib qoladi. Ko'proq bolalar va o'smirlar kasallanadi. Kasallikning dastlabki kunlarida og'riq goh tutib, goh bosilib turadi. Yallig'lanishga mahalliy to'qima shishi qo'shilgandan keyingina og'riq kuchayishining oldini olish mumkin. Qo'l-oyoqlar funksiyasi cheklanib qoladi. Ayrim hollarda terining umumiy giperesteziyasi aniqlanadi, salgina harakat ham birdan og'riq beradi. Yallig'langan joy ustidagi teri qizarib ketadi, shish, keyinroq esa flyuktuatsiya paydo bo'ladi. Flyuktuatsiya suyak ustki pardasining ostida va yumshoq to'qimalarda qanchalik yig'ilishiga bog'liq. Subperiostal abscess teridan yorib chiqishi mumkin, buning natijasida yiring ajralib chiqadi va oqma yara paydo bo'ladi. Bemorning umumiy ahvoli sezilarli ravishda yaxshilanadi. Jarayonning tarqalishiga yo'l qo'yilmagan hollarda bo'g'im yaqinida artrit paydo bo'lganini kuzatish mumkin.

Xulosa o'rnida shuni ta'kidlash joizki, aholi o'rtasida sog'lom turmush tarzini shakllantirish tadbirlari orasida barcha aholi qatlamlarini ommaviy ravishda gigiyenik bilimlar bilan qurollantirish va gigiyenik ko'nikmalarni o'zlashtirish uchun o'qilish muhim o'rinni egallaydi. Gigiyenik bilimlarni targ'ib qilishda e'tiborni nafaqat jismoniy, balki, insonning axloqiy va ma'naviy barkamolligini muslahkamlashga ham qaratish kerak. Insonning ma'naviy barkamolligi deganda - uning sog'lom fikrlash qobiliyati, madaniyati, yurish-turishi va axloqi tushuniladi va u insonda jismoniy, ruhiy, ijtimoiy va biologik uyg'unlikni yaraladi.

ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ КАК ПРИЧИНА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Погоцкий А.К., Шук А.И., Кабанова А.А.

*Витебский государственный медицинский университет,
Республика Беларусь*

Переломы нижней челюсти составляют 63,0-95,0% от всех переломов в челюстно-лицевой области. Лечение пациентов с травмами челюстно-лицевой области осложняется высоким количеством гнойно-воспалительных процессов в посттравматическом периоде, обусловленных не только общими и местными факторами, но и нерациональными способами лечения. Несмотря на достижения ученых в разработке новых методов терапии, встречаемость осложнений остается на высоком уровне. Принимая во внимание тот факт, что перелому нижней челюсти в большей степени подвержена трудоспособная часть населения, это приводит к ощутимому снижению экономического потенциала страны.

Силы медицинских сообществ направлены не только на усовершенствование методов лечения, но и на профилактику переломов нижней челюсти. Для этого проводится активная социально-просветительская деятельность среди населения, даются рекомендации использования средств индивидуальной защиты спортсменами (шлем и капа), при неблагоприятных метеорологических условиях осуществляются мероприятия по уменьшению травматичности дорог и тротуаров, а в отношении

детского населения – обеспечение безопасности окружающей обстановки и принятии законодательных мер.

Травматический остеомиелит является одним из самых тяжелых осложнений переломов нижней челюсти и встречается в 2,9%-14,0% случаев. Большая часть пациентов с травматическим остеомиелитом нижней челюсти находятся в возрасте от 20 до 50 лет. По данным Л.Е. Мосейчук, Г.П. Богдан, Т.В. Заброцкой возникновению травматического остеомиелита способствуют следующие факторы: поступление пациентов с переломами челюстей в специализированное учреждение в поздние сроки после травмы, без иммобилизации; отказ пациентов от удаления зубов из линии перелома и зубов с периапикальными инфекционными очагами с целью санации полости рта; несоблюдение правил бимаксиллярного шинирования; плохое гигиеническое состояние полости рта; нарушение больничного режима; снижение общей сопротивляемости организма.

В настоящее время успех в лечении остеомиелитов челюстей определяется сочетанием адекватного хирургического лечения, рационального применения антибактериальных лекарственных средств, интенсивной комплексной патогенетической и симптоматической терапии, включающей нормализацию кровообращения, купирование эндогенной интоксикации, стимуляцию иммунных реакций и местных репаративных процессов. Изучение факторов, затрудняющих разработку способов адекватного лечения, показало, что к ним относятся недостаточное знание механизмов патогенеза, сложность объективной оценки тяжести клинического течения и контроля за эффективностью методов лечения и профилактики данных форм патологии.

При анализе данных статистической отчетности с 2000 по 2023 год стоматологического отделения Витебской областной клинической больницы было выявлено, что с 2000 по 2023 год средняя продолжительность стационарного лечения переломов нижней челюсти равномерно снижалась с 12,29 до 5,2, то есть на 57,7%. Это, на наш взгляд, связано с улучшением уровня оказания медицинской помощи населению. С 2003 до 2004 год отмечается небольшой рост продолжительности стационарного лечения и составляет 5,5%.

Так за 23 года произошло значительное снижение количества переломов нижней челюсти: с 439 до 201 случая, что меньше на 54%. С

2013 по 2014 отмечается наибольший спад встречаемости данной травмы (17,3% среди всех пациентов стоматологического отделения). Также весомые изменения в снижении частоты встречаемости произошли с 2007 по 2008 год – 13,3% и с 2000 по 2001 год – 7,5%. Небольшой рост травматизации нижней челюсти наблюдается с 2003 по 2005 год – 6,1%, с 2011 по 2012 год количество переломов выросло на 6,2% и с 2015 по 2016 год – на 5,9%.

Также как и динамика переломов нижней челюсти, частота проведения хирургических вмешательств по восстановлению переломов нижней челюсти – шинирование и остеосинтез имеет тенденцию к снижению, что в первую очередь связано с уменьшением количества переломов нижней челюсти. В 2014, 2015 и 2016 годах 100% случаев травм было использовано шинирование челюстей. Помимо шинирования в этих случаях использовался остеосинтез – 18,5, 4,2 и 7,2%, соответственно. Наиболее низкий процент лечения переломов методом шинирования наблюдается в 2000 году (56,9%). Чаще всего остеосинтез проводился с 2007 по 2008 год (от 23,7% до 24,7%), реже всего – в 2023 (3%), 2015 (4,2%) и 2000 (6,6%).

В результате исследования медицинских карт стационарных пациентов Витебской областной клинической больницы с диагнозом травматический остеомиелит нижней челюсти выявлено, что средняя длительность стационарного лечения пациентов с травматическим переломом нижней челюсти составила $8,8 \pm 4,7$ суток.

Период времени с момента травмы до госпитализации по поводу остеомиелита нижней челюсти составил: 1 неделю у 9% (12) пациентов, 2 недели – 13% (19), 3 недели – 12% (17), 1-4 месяца – 35% (50), 1-2 месяца – 6% (8), 2-3 месяца – 13% (19), 3-6 месяцев – 6% (9), 6-12 месяцев – 4% (6), 1 пациент (1%) обратился за помощью спустя более 1 года.

Госпитализировались по поводу травматического остеомиелита нижней челюсти однократно 91% (128) пациентов, дважды – 8% (11), трижды – 1% (2).

По поводу перелома нижней челюсти в первые 1-2 дня после получения травмы обращались за квалифицированной помощью 50% (71) пациентов, спустя 3-7 дней – 6% (8), позже 7 дней – 6% (8), не обращались за помощью 38% (54) пациентов.

При этом методом хирургического лечения являлась: хирургическая обработка гнойного очага у 72% (102) пациентов,

секвестрэктомию у 15% (21), удаление зуба у 35% (50) пациентов. Зуб, находившийся в линии перелома, был удален первично в период лечения по поводу перелома в 27% (38) случаев, при развитии воспалительных осложнений – в 38% (53) случаев, в 35% (50) случаев удаление зуба не проводилось.

В структуре назначенной антибиотикотерапии пациентам с травматическим остеомиелитом нижней челюсти преобладал цефотаксим 28% (40) случаев, клиндацил 24% (34), линкомицин 21% (30), цефазолин 19% (27), цефтриаксон 6% (9), левофлоксацин 1% (1).

Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать вывод о снижении количества переломов нижней челюсти, одной из причин которого является изменение социально-экономического положения государства: значительное снижение уровня преступности, изменения в законодательных актах, увеличение ответственности за нарушение правил дорожного движения и сроков технического осмотра транспортных средств, что способствовало падению количества случаев дорожно-транспортных происшествий, влекущих за собой множественные травмы, в том числе челюстно-лицевой области. В соответствии со снижением количества переломов нижней челюсти снизилось и количество проводимых хирургических вмешательств. Снижение же средней продолжительности лечения переломов нижней челюсти в большей степени детерминировано внедрением современных подходов в лечении и диагностики травм челюстно-лицевой области.

На основании полученных результатов анализа медицинских карт стационарных пациентов выявлено, что для травматического остеомиелита характерна поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью.

С целью предупреждения развития такого осложнения как травматический остеомиелит нижней челюсти необходима своевременная диагностика и скорейшее начало лечения переломов нижней челюсти. Для профилактики возникновения травматического остеомиелита немаловажное значение имеет дисциплинированное отношение пациента к выполнению назначений врача по поводу лечения перелома челюсти, особенно в постгоспитальном периоде.

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОДОРОДНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАМИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ

Пулатова Ш.К.

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

Актуальность. Ротовая жидкость, как естественная жидкая биологическая среда, играет огромную роль в жизнедеятельности зубов и пародонта, поддержании гомеостаза полости рта. В отличие от других биологических сред, она обеспечивает связь организма с внешней средой через поток макро- и микронутриентов, воды, вдыхаемого воздуха и, кроме того, в нее поступают из внутренней среды интермедиаты, биорегуляторы и конечные продукты обмена. Новые компоненты зубочелюстной системы способны изменять состав ротовой жидкости, что актуализирует использование ее биохимического исследования для определения звеньев патогенеза заболеваний полости рта на молекулярном уровне и обоснования возможностей их метаболической коррекции. Так, влияние ионов металлов шинирующих конструкций, используемых для максилло – мандибулярной иммобилизации при переломах челюстей, может приводить к изменению защитных, минерализующих, пищеварительных и других свойств смешанной слюны, что может пагубно воздействовать как на зубочелюстную систему, так и на весь организм в целом. В этом плане следует отметить недостаток фактического материала, который бы достаточно аргументировал информационную и интегративную функцию ротовой жидкости, ее место и роль в поддержании динамического постоянства внутренней среды организма. Диагностические возможности ротовой жидкости практически не используются, хотя неинвазивность, доступность получения биоматериала для исследований открывают широкие перспективы для саливадиагностики.

Цель исследования заключается в выявлении изменения уровня кислотно – основного равновесия ротовой жидкости в динамике традиционного и комплексного лечения пациентов с переломами нижней челюсти.

Материалы и методы. Для осуществления поставленных задач, проведены клинико-лабораторные исследования 157 пациентов с переломами нижней челюсти, находившихся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. Из общего числа больных мужчины составляли 121 человек (77.07%), а женщины – 36 (22.93%). Возрастной диапазон пациентов варьировал от 18 до 75 лет. Контрольная группа состояла из 30 условно здоровых лиц.

Учитывая методы локального лечения, пациенты с переломами нижней челюсти были разделены на 3 группы:

Первая (контрольная) группа включала 46 пострадавших, у которых местная терапия заключалась в межчелюстной иммобилизации проволочными шинами Тигерштедта и ирригациях полости рта раствором фурацилина. Для предупреждения развития осложнений инфекционно-воспалительной природы пациенты получали антибактериальную терапию (парентеральное введение цефазолина, цефтриаксона). При имеющихся гематомах и выраженной припухлости регионарных мягких тканей использовали внутривенные инфузии Метрогила. С целью общеукрепляющей терапии и профилактики развития дисбактериоза назначалась витаминотерапия в виде внутримышечных инъекций поливитаминных медикаментозных препаратов.

Вторая группа состояла из 54 пациентов, у которых локальное лечение, примененное в контрольной группе, было дополнено гомеопатической терапией, заключающееся в аппликациях мази «Траумель-С» на область нарушения целостности костной ткани нижней челюсти;

В третью (основную) группу вошло 57 больных, у которых местный комплекс лечебно-профилактических мероприятий заключался в межчелюстной иммобилизации посредством использования ортодонтических мини-имплантов, воздействия на зону повреждения нижней челюсти лазерным инфракрасным светом и аппликациями мази «Траумель-С», включающей в свой состав активные компоненты растительного и минерального происхождения, в виде нанесения на область повреждения и массажа до полного её впитывания.

Для определения уровня рН ротовой жидкости был использован метод В.В. Афанасьева: в качестве исследуемого материала служили

образцы смешанной слюны, собранные у пациентов. Для минимизации циркадных изменений состава слюны отбор проб проводился с 12 до 14 часов, при этом обследуемым за 1,5-2 часа до процедуры было предписано не употреблять пищу. Перед отбором проб каждый пациент ополаскивал ротовую полость дистиллированной водой, при этом слюна, образовавшаяся в первые 2-3 минуты после ополаскивания, не использовалась для анализа.

Собранная слюна помещалась в пластиковые пробирки объемом 3 мл и центрифугировалась при 6000 об/мин в течение 15 минут для получения прозрачной надосадочной жидкости. Анализ рН проводился с использованием насыщенного раствора хингидрона в бидистиллированной воде, подаваемого в канал трубчатого угольного электрода датчика через перистальтический насос со скоростью 1-1.5 мл/мин. РН-чувствительные электроды изготавливались путем смешивания порошка угля графита с расплавленным парафином в соотношении 50:50, затем смесь помещалась в медные трубочки. После застывания и «старения» углепарафиновой смеси в течение 24-48 часов, в электродах просверливался канал, который полировался хлопчатобумажной нитью. Эти электроды использовались в проточном датчике в паре с хлорсеребряным электродом сравнения ЭВЛ-1-МЗ, подключенными к иономеру ЭВ-74, сопряженному с самопишущим потенциометром КСП. Калибровка электрохимического проточно-инжекционного датчика выполнялась с использованием стандартных буферных растворов, приготовленных по ГОСТ 8.134-98. В измеряемые образцы инжестировалось 0,1 мл слюны с помощью автоматического пипеточного дозатора, и аналитический сигнал регистрировался в виде пиков на диаграммной ленте самопишущего потенциометра.

Результаты и их обсуждение. При анализе рН слюны и десневой жидкости было установлено, что пациенты первой группы имели низкие показатели рН нестимулированной смешанной ротовой жидкости ($6,66 \pm 0,03$ единицы), что свидетельствует о смещении рН в кислую сторону. Этот показатель статистически значимо ниже, чем у пациентов второй и третьей групп, у которых рН нестимулированной смешанной слюны составил $6,87 \pm 0,02$ единиц и $7,02 \pm 0,01$ единиц соответственно. Смещение рН в кислую сторону у больных первой группы может быть связано с более высоким содержанием ацидогенной микрофлоры. Этот показатель может

также указывать на замедленную реакцию регуляторов кислотно – основного равновесия в ротовой полости.

Выводы. У пациентов, входящих в первую и вторую группы, было отмечено снижение показателей рН десневой жидкости на 5,1% и 4,9% соответственно по сравнению с 3 группой. Это снижение может быть обусловлено наличием легкого воспалительного процесса в первой и второй группах, что приводит к изменению рН в кислую сторону.

Анализ амплитуды тестовых карбамидных кривых водородного показателя ротовой жидкости у пациентов первой ($0,82 \pm 0,02$) и второй ($0,53 \pm 0,03$) группы с переломами нижней челюсти показал достоверное увеличение, в 2,2 и 1,4 раза соответственно, по сравнению с пациентами третьей группы ($0,38 \pm 0,02$). Это увеличение может быть связано с изменением микрофлоры, а именно увеличением активности уреазопозитивных бактерий в ротовой полости. Оно также указывает на более интенсивное выделение аммиака бактериями при воспалительном поражении тканей.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ИННОВАЦИОННОЙ ТАКТИКИ КОНСЕРВАТИВНОГО СПОСОБА МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Пулатова Ш.К.

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

Актуальность. Переломы костей лицевого скелета составляют 3,2–5,8% общего количества травм. Основная доля повреждений лицевых костей приходится на переломы нижней челюсти, с которыми в специализированные лечебные учреждения обращаются от 77% до 90% пострадавших. С учетом роста случаев челюстно-лицевой травмы проблема полноценной и всеобъемлющей специализированной помощи при переломах нижней челюсти остается актуальной. На современном этапе развития хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии консервативное лечение переломов челюстей проводится назубными проволочными шинами,

различными вариантами теменно-подбородочной повязки, межчелюстным лигатурным скреплением, кортикальными фиксирующими винтами.

Из методов лечения переломов нижней челюсти наиболее широко применяется иммобилизация нижней челюсти с помощью назубных шин и межчелюстной резиновой тяги. При наложении двучелюстных шин проведение профессиональной и индивидуальной гигиены полости рта затруднено. При длительной иммобилизации нижней челюсти страдает функция слюнных желез, что также ухудшает гигиеническое состояние полости рта. Микроорганизмы зубного налета являются прямой причиной воспалительных процессов в пародонте. Длительное присутствие бронзо-алюминиевых лигатур в области шеек зубов также приводит к развитию воспалительного процесса в тканях пародонта. При заболеваниях пародонта наложение назубных шин приводит к обострению пародонтита, что утяжеляет течение заболевания, в ряде случаев наложение шинирующих конструкций невозможно. Более десятка лет в научной литературе описываются методы консервативного лечения неосложненных переломов нижней челюсти, при которых обеспечение иммобилизации ее фрагментов проводится посредством ортодонтических мини-имплантов.

Цель – исследование клинической эффективности применения кортикальных фиксирующих винтов для иммобилизации костных отломков нижней челюсти при неосложненных переломах без смещения.

Материал и методы исследования. Для выполнения поставленной цели исследования обследованы пострадавшие, которые с 2022 по 2023 гг. по экстренным показаниям были госпитализированы в отделение челюстно-лицевой хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра с установленным диагнозом переломов нижней челюсти, общим количеством 157 человек.

В зависимости от осуществляемого комплекса местной терапии пациенты были разделены на три группы:

В состав **контрольной группы** вошло 46 больных, получавших традиционное лечение, с перентеральным назначением антибиотиков цефалоспоринового ряда (цефазолин, цефтриаксон), внутривенными инфузиями аналогов Метронидазола (в случаях наличия гематом и выраженного отека прилегающих мягких тканей). Для

предупреждения возникновения дисбактериоза и повышения неспецифического иммунитета назначалась витаминотерапия в виде внутримышечных инъекций поливитаминов. Местное лечение состояло в максило – мандибулярной иммобилизации, проводимой путем наложения назубных проволочных шин Тигерштедта, с последующими полосканиями ротовой полости раствором фурацилина в разведении 1:5000.

Во **2-ю группу сравнения** включено 54 потерпевших, у которых использованные у больных первой группы местные способы традиционного лечения, были дополнены применением препарата антигомтоксического действия - «Траумель-С» фармакологической формы в виде мази, включающей в свой состав активные компоненты растительного и минерального происхождения, накладываемой на зону перелома нижнечелюстной кости;

Основная группа обследуемых состояла из 57 пациентов, у которых местный комплекс лечебно-профилактических мероприятий заключался в межчелюстной фиксации с помощью кортикальных фиксирующих винтов из титана фирмы «Конмет» российского производства, инфракрасном лазерном облучении области перелома нижней челюсти и аппликациях мази «Траумель-С» на зону нарушения целостности костной ткани нижней челюсти.

Результаты и обсуждение. С целью адекватной оценки эффективности проведенного лечения принимали во внимание такие показатели, как динамика клинических симптомов (наблюдение изменений в посттравматическом отеке, боли, функциональных нарушениях и деформации), данные лучевых методов обследования для оценки положения отломков кости нижней челюсти, формирования костной мозоли и процесса консолидации перелома, а также параметры лабораторного исследования (микробиологические, биохимические и иммунологические).

У пациентов основной группы локальное воздействие инфракрасным излучением показало положительные сдвиги в лечении, такие как уменьшение припухлости за счет улучшения регионарного кровообращения и оттока лимфы, снижение интенсивности болевого симптома в области перелома и окружающих тканях, стимуляция метаболических процессов и синтеза коллагена, улучшение трофики в зоне нарушения целостности костной ткани челюсти, а также сокращение сроков сращения перелома. Благодаря

этим положительным свойствам инфракрасного излучения, большинство локальных признаков ПНЧ (кроме наличия линии перелома на рентгенограмме) исчезали после 4-5 сеансов физиотерапии, дополняющей комплексное лечение. На 5-6 сутки после начала терапии наблюдались признаки образования соединительнотканной мозоли в области повреждения кости (что на сутки опережало сроки формирования таковой у пациентов 1 группы). Повторные процедуры физиотерапии приводили к дальнейшему сокращению времени образования остеонной мозоли в области линии перелома. Рекомендуемое лечение способствовало снижению боли и восстановлению исходного строения отломков кости. В двух группах сравнения примерно на 9-10 сутки лечения отмечались аналогичные изменения, но как очевидно, с явной задержкой.

Выводы.

1. Применение антигомотоксической терапии в комплексном лечении травматических повреждений нижней челюсти обеспечивало достоверное снижение количественного содержания нижеследующих видов микроорганизмов ротовой полости: *S. mutans* на 45%, *S. salivarius* на 35% и *S. mitis* на 17%, что отмечалось восстановлением показателей микробной картины полости рта до показателей нормы.

2. Обосновано, что введение в схему лечения переломов нижней челюсти мази «Траумель-С» и сеансов терапии инфракрасным излучением в сочетании с предложенным методом межчелюстной фиксации кортикальными винтами, приводило к улучшению иммунологических показателей полости рта, проявляемое в уменьшении содержания IL-6 в 3,84 раза и IL-10 в 10,6 раза.

3. Положительная динамика при цитологическом исследовании у основной группы больных проявилась повышением количества лимфоцитов в среднем в 6,9 раза по сравнению с исходными значениями при снижении количества нейтрофильных гранулоцитов, что свидетельствовало о формировании специфического иммунитета в ответ на инфицирование костной раны. Благодаря предложенному комплексу лечения в среднем на 35% удалось сократить койко-дни.

KELIB CHIQISH SABABI TURLICHA BO'LGAN PASTKI JAG' SINISHLARINI DAVOLASHDA OSTEOPLASTIK MATERIALLARNING AHAMIYATI

Haydarova Nargiza Muxiddinovna

Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro shahri, O'zbekiston Respublikasi.

Mavzuning dolzarbligi:

Suyak to'qimasini tiklash muammosi zamonaviy jarrohlik va stomatologiyaning eng dolzarb muammolaridan biridir A.B. Fedurchenko, 2009; A.B. Volkov, 2013; T.N. Modina, 2012.

Pastki jag'ning sinishi yuz skeletining shikastlanishlari orasida eng ko'p uchraydigan holat bo'lib, mahalliy va xorijiy mualliflarning fikriga ko'ra, yuz – jag' suyaklari umumiy sinishlarining 70-85% ini tashkil qiladi. Arjantsev P.Z. va boshqalar, 1975; Vernadskiy Yu.L., 1991; Sukachev V.A., 2000; Gorbonas I.A., 2007; Barrera J.E., Batuello S.G., 2006. Bu hol asosan: avtohalokatlar, kelib chiqishi turlicha bo'lgan travmalar, sport, implantologiya sohasidagi shifokorlarning xatolari va yuz – jag' sohasidagi turli xil spetsifik, nospetsifik, odontogen va noodontogen yallig'lanish asoratlarida yuzaga keladi. Pastki jag'ning sinishi juda og'riqli va bemorning gigiyenik holatiga juda noqulay bo'lganligi sababli, uni kompleks davolashni takomillashtirish xirurgik stomatologiyaning dolzarb vazifalaridan biridir.

Kalit so'zlar: pastki jag', osteoplastik material, kompleks davolash.

Tadqiqotning maqsadi: pastki jag'ning sinishi, uning suyak nuqsonlari va pastki jag'ning kistalari olib tashlangandan so'ng, bemorlarni kompleks davolashda osteoplastik material – “Klipdent-SEM” ning jarohat sohasidagi samaradorligini tajriba va klinik jihatdan asoslash.

Material va usullar: Ish ikki bosqichda olib borildi. Birinchi bosqichda Buxoro viloyat ko'p tarmoqli tibbiyot markazning “Yuz-jag' jarrohligi” bo'limining arxiv materiallari o'rganildi. Pastki jag' sinishi bilan kasallangan bemorlarning statsionar sharoitlari tarixi va ambulator davolash kartalari 2022 yil sentyabr oyidan 2024 yil yanvar oyigacha tanlab olindi va tahlil qilindi.

Ikkinchi bosqichda “Klipdent-SEM” osteoplastik biomaterialining foretik va osteoinduktivlik xususiyatlarini aniqlash maqsadida 43 nafardan ortiq bemorlarda tekshirish amalga oshirishi rejalashtirildi.

Tadqiqotning natijalari: Bizga sir emaski, jarrohlik stomatologiyasida pastki

Ishning ilmiy yangiligi shundaki, Klipdent-SEM osteoplastik materialini osteoregenerativ xususiyatini aniqlash maqsadida, Buxoro viloyat kòp tarmoqli tibbiyot markazning "Yuz-jağ jarrohligi" bòlimida statsionar davolanishda bo'lgan 43 nafardan ortiq bemorlarda sinab kòrildi.

Bemorlar mos ravishda 2 guruhga bo'lindi: birinchi guruh an'anaviy "nazorat" guruhi 20 (46,5%) nafar bemor va ikkinchi – asosiy tajriba guruhi 23 (53,5%) nafar bemorlardan iborat bòlib, ular barcha laborator va diagnostik tahlillardan òtishdi.

Tajriba natijalarini tahlil qilish asosida quyidagi morfologik va gistologik ma'lumotlar olindi:

birinchi guruhdagi bemorlarda an'anaviy davolash qo'llanilganda pastki jağ singan bemorlarning tuzalish ko'rsatkichlari (jarohati 2 cm gacha bo'lgan jag' nuqsonlarida) tajribaning 8-10 oylarida yangi hosil bo'lgan suyak to'qimasi bilan to'lgan. 2 sm dan ortiq shakllanishlar tadqiqotning 40% ida 12 oy davomida to'liq tiklangan.

Ikkinchi guruh, ya'ni tajriba guruhidagi bemorlarda "Klipdent-SEM" osteoplastik materialini suyak jarohatida sinab ko'rilganda, normal osteogenez vaqtidan 1,3 barobar ko'p regeneratsiya jarayonini faol ravishda rag'batlantiradigan osteoinduktiv xususiyatga ega ekanligi aniqlandi va uning klinik xususiyatlarini sezilarli darajada yaxshiladi. Ushbu jarayon, osteoplastik materialda mavjud bo'lgan natriy gialuronat moddasining ta'sir xususiyati bilan izohlanadi. Shu bilan birga "Klipdent-SEM" materialidan foydalanganda, biorezorbtsiya tezligi normal osseointegratsiya tezligidan uch-besh barobar sekinroq ekanligi aniqlandi. Tajribaning 28 kunida esa asosiy suyak moddasining shakllanishi kuzatildi.

"Klipdent- SEM " biomateriali pastki jaği ochiq singan bemorlarda, ya'ni, asosiy guruhidagi 23 nafar bemorda sinab kòrilganda, odatdagi shinalanadigan bemorlarga nisbatan suyak bitishiga tezroq hamda asoratsiz natijaga erishildi, ya'ni, material singan suyak yoriqlari o'rtasidagi yaqin aloqani ta'minladi va yangi autogen suyakning shakllanishiga yordam berdi.

Qattiqlashtirilgan materialning mustahkamlik ko'rsatkichi g'ovak suyakning kuchiga teng. "Klipdent- SEM " osteoplastik materialini operatsiyalardan keyin 3-4 oy ichida to'liq so'rildi.

Xulosa: Dinamikada klinik va rentgenologik tadqiqotlar jag' suyaklarini almashtirish uchun "Klipdent-SEM" osteoplastik materialidan foydalanilganda to'laqonli suyak regeneratsiyasini shakllantirish bilan, regenerativ jarayonlarning faolligini ko'rsatadi.

Shuning uchun, turli genezdagi pastki jag' jarohatlanish kasalligi bilan tashxislangan bemorlarning tezroq va asoratsiz tuzalishlari uchun, bemorlarni kompleks davolashda osteoplastik va bioplastik materiallarning òrni juda muhimdir.

Amaliy ko'rsatma: O'rganilayotgan "Klipdent-SEM" osteoplastik materialining aniq osteoregenerativ ta'siri ularning klinik amaliyotda jag' suyaklari sinishi va pastki jag' suyaklari kistalarini jarrohlik yo'li bilan davolashda qo'llash ko'rsatkichlarini aniqlaydi.

"Klipdent - SEM" osteoplastik materialini rezorbtsiyaning past tezligi tufayli, uzoq muddatli jarohat ta'sirini qayta tiklash stimulyatori bo'lib, katta suyak nuqsonlarini almashtirishda undan foydalanish o'zini oqlaydi.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО- НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Ф.А. Хамитова

*Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али
ибн Сины Кафедра хирургической стоматологии*

Введение. Височно-нижнечелюстной сустав является уникальной структурой, так как он тесно связан со строением и состоянием зубо-челюстного аппарата, что особенно наглядно прослеживается на разных этапах онтогенеза. Необходимо учитывать и тот факт, что при поражении ВНЧС возникают выраженные нарушения не только в зубочелюстной системе, но и в опорно-двигательном аппарате в целом.

Лечение артроза височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) — одна из проблем в стоматологии. Данная патология составляет 60—70% от всех заболеваний суставов. В настоящее время лечение артроза ВНЧС проводится в различных направлениях.

На современном этапе одним из основных методов лечения артрозов является внутрисуставное введение тех или иных лекарственных препаратов. Наиболее эффективными средствами, для инъекционного введения при артрозах на сегодняшний день считаются хондропротекторы — комплекс сульфатов глюкозамина и хондроитина, который предоставляет клеткам сустава (хондроцитам и хондробластам) возможность синтезировать протеогликаны из готовых молекул. Перспективным средством для лечения ОА являются внутрисуставные инъекции, прежде всего высокомолекулярных препаратов гиалуроновой кислоты (ГНК), которые хорошо зарекомендовали себя в клинической практике.

Их использование в ранней стадии болезни могло бы, вероятно, способствовать более полной реализации потенциальных возможностей этих средств и снизить потребность в системном применении НПВП. ГНК почти повсеместно распространена в организме. Она входит и в состав синовиальной жидкости, определяя ее вязкоэластические свойства. По мере прогрессирования ОА отмечается снижение молекулярной массы ГНК синовиальной жидкости, что может отрицательно повлиять на биомеханику сустава, хотя и не коррелирует с наличием артралгий.

ЦЕЛЬ. Разработка алгоритма комплексного лечения больных с остеоартрозом височно-нижнечелюстного сустава с применением препаратов гиалуроновой кислоты.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. За период 2021-2023 гг. на кафедре хирургической стоматологии БухГосМИ обследовано 63 пациента с ОА ВНЧС, из них 54 (85,7%) женщин и 8 (12,7%) мужчин в возрасте от 28 до 74 лет. Всех больных обследовали по схеме, включающей опрос, сбор анамнеза, внешний осмотр, изготовление диагностических моделей, проведение окклюзиографии, регистрацию движений нижней челюсти, электромиографическое исследование жевательных мышц и спиральную компьютерную томографию (СКТ) ВНЧС, определение степени повышения высоты прикуса при помощи резиновых шаблонов различной толщины - от 1,0 до 5,0 мм с интервалом в 0,5 мм.

Диагноз пациентам с артрозом височно-нижнечелюстного суставов выставлен в соответствии с международными рекомендациями. Критериями исключения из исследования стали III и IV стадия деформирующего остеоартроза, подтвержденные

рентгенологически; острая стадия (признаки артрита суставов); инъекции ГКС в течение предыдущих 9 месяцев, психические заболевания. С целью изучения эффективности применения ГНК все пациенты были поделены на 2 группы. Контрольную группу составили пациенты (30 человек), которым проводилось базовое лечение (нестероидные противовоспалительные средства, физиолечение, хондропротекторы, глюкокортикоиды), а основную группу - пациенты (65 человек), у которых помимо базового лечения применялись инъекции ГНК.

Инъекции ГНК проводились по следующей схеме: интра- и параартикулярно ($2,5 \pm 0,5$) мл в область одного сустава с интервалом в одну неделю. Курс лечения составил 3—4 процедуры 1 раз в год.

Результаты лечения пациентов с диагнозом деформирующий артроз I и II степени тяжести показали, что в первый месяц после начала лечения в обеих группах показатели оценки «Боль», «Скованность», «Хруст или щёлканье» снижаются. Так, показатель «Боль» при стандартной терапии до лечения составил ($216,6 \pm 12,22$) усл. ед., через месяц снизился достоверно и составил ($181,34 \pm 8,23$) усл. ед. Через 3 мес. показатель «Боль» также снизился достоверно до ($160,45 \pm 7,43$) усл. ед., через 6 мес. до ($155,76 \pm 6,75$) усл. ед., а через год отмечается прирост индекса до ($163,11 \pm 5,94$) усл. ед. относительно показателя в 6 мес.

В основной группе пациентов на первом этапе обследования показатель «Хруст или щёлканье» составил ($732,8 \pm 14,26$) усл. ед., затем на 1 мес. достоверно снизился до ($624,37 \pm 12,29$) усл. ед., на третьем до ($549,17 \pm 12,89$) усл. ед., и продолжал снижаться на 6 мес. до ($325,87 \pm 10,51$) усл. ед., а через год показатель составил ($261,2 \pm 9,39$) усл. ед.

В группе, где применялись инъекции ГНК, данный показатель составил при первой регистрации ($44,67 \pm 2,43$) с, через 1 мес. он снизился достоверно до ($36,94 \pm 1,39$) с, через 3 мес. продолжал снижаться до ($24,74 \pm 1,49$) с, через 6 мес. до ($21,78 \pm 1,96$) с и в год составил ($18,44 \pm 0,89$) с.

ВЫВОДЫ

Эксперты считают, что на сегодняшний день мы имеем достаточно веские доказательства эффективности применения ГНК при легких и умеренно тяжелых формах ОА ВНЧС, причем ее эффект у таких пациентов является клинически значимым. По мнению авторов, локальная терапия ГНК должна стать обязательным

компонентом лечения ОА ВНЧС, поскольку альтернативные возможности терапии данного заболевания ограничены. Несмотря на то, что оптимальный эффект ГНК отмечается при ее использовании в ранней стадии болезни, такое лечение может быть полезным и в поздней стадии. У таких пациентов его следует рассматривать как вспомогательный метод, который следует применять при отсутствии возможности проведения хирургического лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФУРУНКУЛАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Флерьянович М.С., Походенько-Чудакова И.О.

*Витебский государственный медицинский университет, Республика Беларусь
Белорусский государственный медицинский университет, Республика Беларусь*

Введение. Фурункул – одно из наиболее часто диагностируемых инфекционно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области неodontогенной этиологии. Из общего числа госпитализированных лиц с хирургической патологией челюстно-лицевой области пациенты с фурункулами составляют 15-30%. Однако ряд вопросов лечения и медицинской реабилитации данной группы пациентов остаются нерешенными и требуют совершенствования известных и разработки новых методов лечения. В связи с отсутствием таких побочных эффектов как аллергические реакции, рефлексотерапия (РТ) получила широкое распространение в лечении многих хронических кожных заболеваний. Данный метод создает благоприятные условия для быстрого очищения послеоперационной раны, нормализации микроциркуляции, тем самым сокращая сроки пребывания пациентов на стационарном лечении.

Цель работы – определить эффективность применения электрорефлексотерапии в составе комплексного лечения пациентов с фурункулами челюстно-лицевой области.

Материалы и методы. В день поступления пациентам с диагнозом фурункул челюстно-лицевой области проводили

первичную хирургическую обработку инфекционно-воспалительного очага, которая заключалась в проведении линейного разреза вдоль центра воспалительного инфильтрата на всем его протяжении, некротомии, инстиляции раны растворами антисептиков и последующим ее дренированием. В дальнейшем осуществляли ежедневные перевязки с заменой дренажа и инстиляцией раны раствором антисептика (3,0% раствором перекиси водорода, раствором 0,05% хлоргексидина биглюконата, фурацилина 1:5000). Противовоспалительную терапию назначали непосредственно после завершения операции. Она включала курс антибактериальных лекарственных средств широкого спектра действия, вводимых внутримышечно в течение 5-7 суток («Ципрофлоксацин» 1,0 г – 3 раза в сутки, или «Цефипим» 1,0 г – 3 раза в сутки).

Электрорефлексотерапию (ЭРТ) осуществляли в соответствии с инструкцией по применению (рег. № 192-1220, утв. Министерством здравоохранения Республики Беларусь от 28.01.2021). Подбор акупунктурных точек (АТ) для проведения процедур ЭРТ пациентам с фурункулами челюстно-лицевой области осуществляли в соответствии с классическими правилами рефлексотерапии о подборе и сочетании АТ и с обязательным учетом локализации инфекционно-воспалительного очага, основными клиническими проявлениями, фазой патологического процесса, жалобами пациента, предъявляемыми им перед началом процедуры и симптомами, выявляемыми врачом-специалистом. Курс лечения включал 10 процедур, выполняемых ежедневно. ЭРТ начинали с АТ, расположенных на каналах тела, наружный и внутренний ход которых проецировался в заинтересованную область. На одну процедуру определяли 6-8 АТ. Воздействие осуществляли последовательно, устанавливая выносной точечный электрод аппарата ЭРТ на кожную проекцию симметричных точек. Вначале воздействовали на АТ, локализованные на стороне поражения, затем – на точки противоположной стороны. Первыми использовали АТ широкого спектра действия, затем – локальные точки. Длительность воздействия на одну АТ составляла 3 минуты. Суммарная продолжительность процедуры – 30 минут. Воздействие на кожную проекцию АТ осуществляли стабильным контактным методом при переменном токе с биполярной гармонической затухающей по экспоненте формой

импульса с частотой 77 Гц. После проведения каждой процедуры пациенту рекомендовали отдых в течение 10-15 минут.

При оценке клинической эффективности комплексного послеоперационного лечения пациентов с фурункулами челюстно-лицевой области с включением ЭРТ был использован показатель количества пациентов, которым необходимо проведение соответствующего лечения, чтобы получить дополнительный положительный результат у одного человека основной группы по отношению к группе сравнения – Number Needed to Treat (NNT). Для расчета показателя применяли формулу: $NNT = 1 / (N_{1\text{эфф.}} / N_{1\text{общ.}}) - (N_{2\text{эфф.}} / N_{2\text{общ.}})$, где NNT – число лиц, которым необходимо провести лечение, с целью получения дополнительного положительного результата у одного человека основной группы по отношению к группе сравнения; $N_{1\text{эфф}}$ – число пациентов, получивших исследуемое лечение; $N_{1\text{общ}}$ – общее число пациентов, получивших исследуемую терапию; $N_{2\text{эфф}}$ – число пациентов, получивших стандартное послеоперационное лечение, а также достигших положительного результата; $N_{2\text{общ}}$ – общее число пациентов, получивших стандартное послеоперационное лечение.

Эффективность применения ЭРТ в составе комплекса послеоперационных лечебных мероприятий оценивали на основании результатов показателя микрокристаллизации ротовой жидкости (РЖ) у 20 пациентов с фурункулами челюстно-лицевой области на 7 сутки. Показатель микрокристаллизации РЖ рассчитывали способом, предложенном И.О. Походенько-Чудаковой, Ю.М. Казаковой, Н.Д. Походенько (2011).

Результаты. Эффективность применения ЭРТ в составе комплекса послеоперационных лечебных мероприятий у пациентов с фурункулами челюстно-лицевой области (NNT) составила 1,4 ($N_{1\text{эфф.}}$ – 20 пациентов; $N_{1\text{общ.}}$ – 20 пациентов; $N_{2\text{эфф.}}$ – 6 пациентов; $N_{2\text{общ.}}$ – 20), что демонстрирует гипотетически высокую эффективность метода.

Выводы. Таким образом, полученный результат указывает на целесообразность использования ЭРТ в составе комплексного послеоперационного лечения лиц с фурункулами челюстно-лицевой области и свидетельствует, что данный метод следует рекомендовать к более широкому внедрению в практическое здравоохранение

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА

Олимов Сиддиқ Шарифович

Бухоро давлат тиббиёт институти “Ортопедик стоматология ва ортодонтия” кафедраси мудири, в.б. профессор, DSc.

Баиров Марат Каленович

ҚозМТУ ортопедик стоматология кафедраси профессори

Дурдиев Жонибек Исмамович

Бухоро давлат тиббиёт институти “Ортопедик стоматология ва ортодонтия” кафедраси в.б. доценти, PhD.

Сафарова Мавлуда Жамоловна

Бухоро давлат тиббиёт институти “Ортопедик стоматология ва ортодонтия” кафедраси таянч докторанти.

Резюме: Маколада чуқур тишлов аномалияси бор болаларда юз-жағ сохасидаги морфологик ўзгаришлар, эстетик ва функционал бузилишлар ёритиб берилган. Тиш – жағ тизимида юзага келган ўзгаришлар, аномалияларининг турларини, уларнинг даражаларини клиник, антропометрик ва рентгенологик текшириш усуллари комплекс даволаш таҳлил қилинган;

Калитли сўзлар: чуқур тишлов аномалияси, юз-жағ сохаси морфологияси, чайнов ва нутқ функцияси, клиник, антропометрик, рентгенологик текшириш усуллари ва даволаш.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКИХ ЗУБОВ

Олимов Сиддиқ Шарифович

Заведующий кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии Бухарского государственного медицинского института, DSc., профессор

Баиров Марат Каленович

Профессор кафедры ортопедической стоматологии Казгму

Дурдиев Жонибек Исмамович

Доцент Кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии

Бухарского государственного медицинского института PhD.

Сафарова Мавлуда Жамоловна

Докторант кафедры ортопедической стоматологии и ортодонтии

Бухарского государственного медицинского института.

Резюме: В статье описаны морфологические изменения, эстетические и функциональные нарушения челюстно-лицевой области у детей с глубокими аномалиями прикуса. Проанализированы клинические, антропометрические и рентгенологические методы клинического, антропометрического и рентгенологического исследования изменений, виды аномалий зубочелюстной системы, комплексного лечения;

Ключевые слова: аномалия глубокого прикуса, морфология челюстно-лицевой области, жевательная и речевая функция, клинические, антропометрические, рентгенологические методы исследования и лечения.

COMPLEX TREATMENT OF DEEP TEETH

Olimov Siddiq Sharifovich

Head of the Department of Orthopedic Dentistry and Orthodontics, Bukhara State Medical Institute professor, DSc.

Bairov Marat Kalenovich

Professor of the Department of Orthopedic Dentistry of KazNMU

Durdiev Jonibek Ismatovich

Department of Orthopedic Dentistry and Orthodontics, Bukhara State Medical Institute, associate professor, PhD

Safarova Mavluda Zhamalovna

Doctoral student of the Department of Orthopedic Dentistry and Orthodontics of the Bukhara State Medical Institute.

Summary: The article describes morphological changes, aesthetic and functional disorders of the maxillofacial area in children with deep malocclusions. Analyzed clinical, anthropometric and radiological methods of clinical, anthropometric and radiological study of changes, types of anomalies of the dentofacial system, complex treatment;

Key words: deep bite anomaly, morphology of the maxillofacial region, chewing and speech function, clinical, anthropometric, radiological methods of research and treatment.

Актуальность: Глубокий прикус характеризуется вертикальной аномалией прикуса и наиболее распространённой зубочелюстной аномалией в ортодонтии. Он характеризуется увеличением глубины покрытия передных зуба, что может произойти в результате

нарушения "зубо-альвеолярных" или "скелетных" размеров челюстей, а также протрузии или ретрузии зубов [2, 8, 12].

В литературе глубокий прикус характеризуется следующими терминами: глубокий прикус, "нисходящий прикус", "травматический прикус", "глубокий фронтальный прикус или покрытие передних зубов", "глубокий прикус или глубокое покрытие передних зубов". При определении глубокого прикуса внимание всех исследователей сосредоточено на соотношении передних зубов верхней и нижней челюстей. В то же время основным признаком патологии является чрезмерное смыкание резцов нижней челюсти с резцами верхней челюсти и отсутствие контакта между передними резцами, в отличие от глубокого смыкания этих зубов [4, 6, 9, 10, 17].

Среди зубочелюстных аномалий глубокий прикус встречается у 3-6% детей разного возраста. Согласно данным, представленным в литературе, эта аномалия встречается у 49,0% детей и подростков в возрасте 6,5-15 лет, или у 22-25% от общего числа обследованных детей. У взрослых, нуждающихся в ортодонтическом лечении, частота глубоких прикусов составляет 12,4% [1, 3, 5, 7, 11].

Часто глубокий прикус осложняется состоянием языка, что приводит к более сложным патологическим изменениям в зубочелюстной системе ребенка.

Для лечения глубоких прикусов были предложены различные ортодонтические конструкции, но их конструктивным свойствам уделялось недостаточно внимания, чего недостаточно для приведения высоты прикуса в норму и исправления положения зубного ряда [14, 15, 18].

Съёмные ортодонтические аппараты представляют собой пластинку, изготовленную из пластмассы в стоматологическом техническом кабинете. Кламмеры обеспечивают надёжное удержание пластинку в полости рта. Это облегчает гигиену полости рта при использовании съёмных ортодонтических аппаратов. Дети очень быстро адаптируются к использованию съёмных ортодонтических аппаратов [4, 13, 16].

Для лечения глубокого прикуса в период постоянного прикуса используются вестибулярные ортодонтические аппараты, называемые брекетами, которые устанавливаются интраорально людям старше 12 лет.

Основным элементом этого ортодонтического устройства (брекет-системы) является брекет-система, разработанная специально для передачи активной силовой нагрузки ортодонтических дуг на зуб. Продолжительность ортодонтического лечения зависит от периода формирования прикуса, степени глубины прикуса, аномалий и деформаций зубных рядов, нарушения прикуса.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения глубокого прикуса с помощью современного ортодонтического аппарата.

Методы и материалы исследования. Было обследовано 150 детей школьного возраста, а 48 детям с глубоким прикусом были проведены ортодонтические процедуры.

Среди детей с глубокими укусами 20 девочек и 28 мальчиков. Из них у 23 детей смешанные прикусы и у 25 постоянные.

Клинические исследования проводились в соответствии с общепринятыми рекомендациями и по схеме, усовершенствованной и принятой в клинике "Стоматологический центр" Бухарского государственного медицинского института .

Исследования включали в себя: сбор анамнеза, жалоб пациента, определение типов лица, анатомических и физиологических особенностей челюстно-лицевой области, при этом особое внимание уделялось состоянию и активности нижнечелюстного сустава.

Детям, участвовавшим в исследовании, были проведены антропометрические и рентгенологические исследования.

Для изучения диагностических моделей проводилась дентометрия, были использованы антропометрические методы Понн, Линдер и Харт, Коргхаус, Нансе и Хаус.

Для определения формы и типа лица были использованы антропометрические методы Изар.

При рентгенологическом исследовании окончательный диагноз был поставлен на основании результатов ортопантомографии и боковой телерентгенографии.

Основываясь на результатах, полученных в результате обработки данных, полученных в результате исследований и объективной оценки, мы использовали метод вариационной статистики Стьюдента-Фишера.

В процессе обследования и комплексного лечения пациентов с глубокими прикусами все пациенты делятся на 2 группы.

I группа (18 детей) лечение с использованием съемного ортодонтического аппарата.

II группа (30 детей) проводилось комплексное ортодонтическое лечение.

Опрос показал, что у 8 детей были вредные привычки; у 10 детей наблюдались трудности с пережевыванием пищи, у 5 - с инфантильным глотанием, у 7 - с фонетическими нарушениями (у пациентов с уменьшенной уздечкой нижней губы и языка). У 10 детей пациентов с язычным расположением передних зубов нижней челюсти наблюдался гингивит, выраженный в разной степени. У 8 детей были нарушения со стороны органов дыхания (согласно клиническому заключению соответствующих медицинских работников). Из вышеперечисленных расстройств у 76,5% от общего числа пациентов они присутствовали в той или иной степени в сочетании друг с другом.

Величина сагиттальной высоты при глубоком прикусе у 48 обследованных и взятых на лечение пациентов колеблется от 6,80 мм до 8,6 мм. ($6,80 \pm 0,26$ мм, $p < 0,05$).

У 83% детей с язычным расположением передних зубов нижней челюсти и дистальной аномалией глубокого прикуса наблюдается сужение зубных рядов в количестве от 2,53 мм до 3,27 мм, исследование формы зубных рядов проводилось антропометрическими методами по Линдеру, Харту и Пону.

На ортопантомограммах при горизонтальной, сагиттальной и вертикально ориентированной окклюзии выявлялось соотношение зубных рядов; определялась степень минерализации коронок и корней зубов в зависимости от возраста пациентов; изучалось состояние зубочелюстных высот в передней и боковой частях челюсти. При этом учитывались возраст и пол пациента, а также уровень развития постоянных зубов, наличие молочных зубов и наличие постоянных зубов на обеих челюстях.

Для подтверждения диагноза исследуемым пациентам была сделана боковая телерентгенограмма. Мы обнаружили, что длина передней части основания черепа (Se - N) не отличается от данных средней нормы. , также наблюдается значительное увеличение значения общей высоты лицевой части черепа (Se-GO). он был больше обычного, согласно статистике, наблюдалась значительная тенденция к уменьшению размера (Ar-GO).

При язычном расположении передних зубов нижней челюсти с постоянным глубоким прикусом изменения линейных и угловых размеров становятся более выраженными, что подтверждается увеличением пропорциональных соотношений: Se-GO/N-Me; Se-PNS/N-ANS; Ar-GO/ANS-Me; Se-GO×100%/N-Me; ANS-Me×100%/N-Me; n-ANS/ANS-Me; и поставляется в следующих пропорциях: 6 г/л/1 г/л и FРi. Эти угловые изменения указывают на доминирующий горизонтальный тип роста лицевой части черепа при аномалии прикуса. Эти нарушения были отмечены у 88% пациентов.

Результаты проведенного исследования подтверждают, что комплексное лечение глубокого прикуса необходимо не только для его нормализации, но и для изменения роста отдельных его частей для нормального формирования скелета черепа.

В клинике "Стоматологический центр" Бухарского государственного медицинского института были подготовлены и успешно используются в клинической практике съемные ортодонтические аппараты.

Результаты исследования показали что, комплексное ортодонтическое лечение включает в себя: использование брекетов на зубы, миогимнастику, массаж и психотерапию. Продолжительность комплексного лечения зависит от возраста пациента и типа клинических проявлений и составляет от 10 до 16 месяцев.

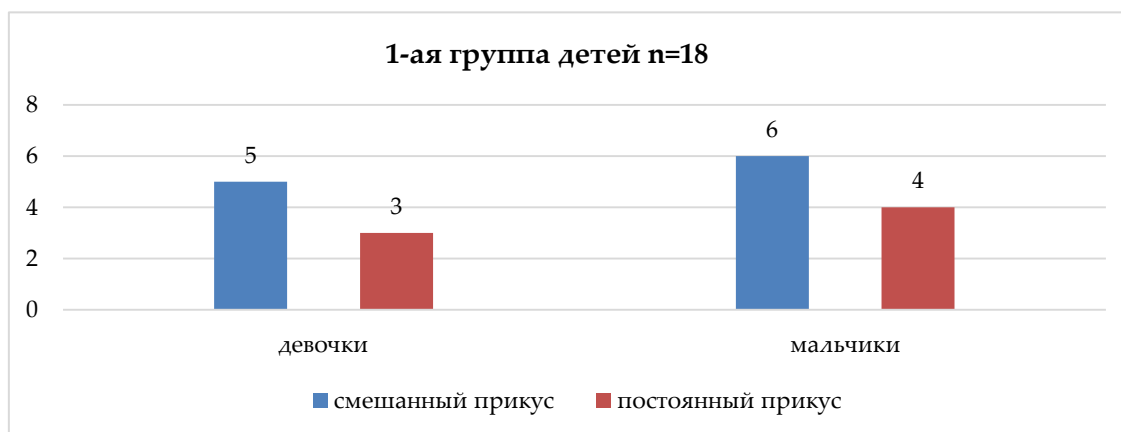
После продолжения лечения с использованием брекет-системы врач-ортодонт на приеме следит за состоянием брекет-систем и при необходимости меняет ортодонтические лигатуры и дуги. Отличительной особенностью брекет-системы является ее двустороннее - сагиттальное и вертикальное - воздействие на передние зубы нижней челюсти. Это позволяет значительно сократить сроки ортодонтического лечения пациентов с глубоким прикусом передних зубов нижней челюсти и состоянием язычной полости. В этом случае нейтральное соотношение прикуса восстанавливается в соответствии с индивидуальным конструктивным прикусом.

Использование съемных аппаратов и брекет-систем в сочетании с элементами миогимнастики, массажа и психотерапии на этапах комплексного лечения позволяет восстановить нейтральные соотношения зубных рядов с морфологическими и функциональными параметрами челюстно-лицевой области в целом, нормализовать эстетический баланс.

В процессе лечения 30 пациентов завершили сложные ортодонтические процедуры с положительным результатом. У 2 пациентов значимых результатов лечения не наблюдалось из-за нарушений правил использования ортодонтических аппаратов и отсутствия контроля со стороны клиники.

В результате несоблюдения процедуры использования съемных ортодонтических аппаратов положение прикуса в 1-й группы детей не было нормальным (см. рис. 1).

Целью ортодонтического лечения является полное восстановление высоты прикуса между зубами и окончательное формирование конструктивного прикуса с функциональным формированием нижних челюстей во фронтальной области. Этот этап лечения длится около 6 месяцев. В процессе ее проведения пациенты посещают стоматолога один раз в 7-8 дней. При коррекции прикуса съёмными спичками проводится постепенная дезокклюзия.



На основании анализа литературных данных, экспериментальных и клинических исследований мы пришли к выводу, что наилучшие результаты при лечении глубокого прикуса, осложненного лингвальным состоянием передних зубов нижней челюсти, могут быть получены с помощью комплексного лечения. аппаратный метод, брекетинг (на заключительном этапе лечения) в сочетании с физиотерапевтическими методами (миогимнастика, массаж) и элементами психотерапии.

Во всех клинических случаях наблюдались положительные результаты лечения: восстановление высоты прикуса с нормализацией окклюзионных контактов челюстей, расширение нижней челюсти до нормальных параметров, выравнивание положения передних зубов нижней челюсти, фиксация. прикус в ортодонтическом положении.

Полученные результаты показали восстановление оптимального функционального, топографо-анатомического положения челюстно-лицевой области с нормализацией эстетического баланса.

После завершения ортодонтического лечения необходимо предотвратить рецидивы стоматологических заболеваний, аномалий зубного ряда и зубочелюстных аномалий с помощью съемных и несъемных фиксирующих ортодонтических аппаратов. Чтобы предотвратить повторение аномалий, зубной техник Тамон в течение 24 часов изготовил съемные ортодонтические удерживающие устройства и поместил их в ротовую полость у врача-ортодонта.

Таким образом, результаты представленного исследования показали целесообразность и эффективность комплексного лечения глубокого прикуса.

Выводы:

1. При глубоком прикусе представлены данные о морфофункциональных нарушениях в зубочелюстной системы.
2. Было показано, что эффективность комплексного лечения для устранения глубоких прикусов у детей в периоды обмена и постоянного прикуса высока.

Литература:

1. Aliev N.H. Clinical and functional methods of assessment and diagnosis of the pathological condition of the temporomandibular joint // Тиббиётда янги кун – Бухоро, 1(33) 2021. Январь-Март. 375-380 бет.
2. Astanov, O. M., & Gafforov, S. A. (2021). Diagnosis and treatment of patients with maxillary-mandibular joint dysfunction without pathology of inflammatory-dystrophic origin. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 25(1), 5721-5737. Retrieved from www.scopus.com
3. Azimova Sh.Sh., Saidov A.A., Ibragimova F.I. Medical and Psychological Approach in the Early Diagnosis and Treatment of Cutaneous Bite in Children // *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*. – Volume 21, Issue 4, March, 2021. – P. 16137-16142. (Scopus)
4. Amrulloevich, G. S., & Hasanovich, A. N. (2020). Improvement of diagnostic methods and treatment of parafunction of chewable muscles in pain syndromes of a high-lower jaund joint. *Journal of Advanced Research in Dynamical and Control Systems*, 12(7 Special Issue), 2102-2110. doi:10.5373/JARDCS/V12SP7/20202329
5. Amrulloevich, G. S., Ahadovich, S. A., & Anatolyevna, B. E. (2020). Clinical characteristics of the dentition in young men, the role of

metalloproteinases and connective tissue markers in the development of temporomandibular joint pathology and their correction. *Journal of Advanced Research in Dynamical and Control Systems*, 12(7 Special Issue), 2111-2119. doi:10.5373/JARDCS/V12SP7/20202330

6. Durdiev Jonibek Ismatovich. Maktab yoshida bo'lgan yuqori nafas yo'llari surunkali kasalliklari mavjud bolalarda tish-jag' anomaliyalarini ortodontik davolash usullari. / *Analytical Journal of Education and Development // Special issue | 2022 // ISSN: 2181-2624. // P 3107-311.*

7. Durdiyev Jonibek Ismatovich. Og'iz bilan nafas oluvchi bolalarda yuqori jag'ni majburiy kengaytirish uchun olinmaydigan ortodontik apparatlardan foydalanish / *SYNERGY: JOURNAL OF ESTHETICS AND GOVERNANCE Special Issue | 2022 ISSN: 2181-2616 // P 29-34.*

8. Idiev, O.E., Tshaev, S.Z. (2022) The use of orthodontic appliances for the correction of myofunctional disorders in the prevention and treatment of dental disorders in children with cerebral palsy. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 13, DOI: 10.47750/pnr.2022.13.S08.337.

9. Ikromovna, I.F., Shomahmadovich, H.S. (2022) Method Of Studying The Relationship Of Dental Health And Quality Of Life Among Women Working In Chemical Industry Enterprises. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 13, DOI: 10.47750/pnr.2022.13.S09.595.

10. Gafforov S.A., Nurova S.N., Nurov N.B. Changes in the content of unmeasurable amino acids in the blood of school-aged children with pulmonary anomalies. // *SCIENCE AND WORLD*, 65

11. Gaffarov S.A., Saidov A.A., Rakhmatullaeva D.U. Justification of the relationship of etiopathogenesis and complex diagnosis of the dysfunctional state of the temporomandibular joint in children and adolescents // *Journal of critical reviews*, 2020. Vol 7, Issue 18. – P. 881-891.

12. Khabilov, N. L., & Nusratov, U. G. (2019). Features dental care for patients with type 2 type depending on disturbance of Kidney function. *Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR)*, 8(10), 18-24.

13. Nurov N.B. [Indications for morphometric parameters of the craniofacial region of elderly people with partial and complete adhesion](#) // *World Bulletin of Public Health.- 2022/3/13. – Volume 8 p. 91-93.*

14. Olimov S.SH., Fozilov U.A Improvement of Early Diagnosis and Orthodontic Treatment in Children with Dental Anomalies and Deformities // *MIDDLE EUROPEAN SCIENTIFIC BULLETIN* ISSN 2694-

9970 VOLUME 22 Mar 2022. 185-189pg.

15. Olimov S.SH., Fozilov U.A., Ochilov A.A Modern Approach to Early Diagnosis, Clinical Course and Treatment of Transversal Occlusion in Children // Middle European Scientific Bulletin, VOLUME 22 Mar 2022 143-148pg

16. Saidov A.A. Hygienic condition of the oral cavity during orthodontic treatment of children with temporomandibular joint dysfunction // The Pharma Innovation Journal. Indiya, 2020. - № 9(6). -P. 589-591. Impact Faktor= 5.98

17. Shakhnoza Shukhratovna Azimova Medical Psychology Algorithm of Prevention and Treatment of Malocclusion among Children Aged 10-18 // International Journal of Health Systems and Medical Sciences ISSN: 2833-7433 Volume 2 | No 5 | May -2023. – P. 300-308.

18. Zhumaev, A. K. (2020). Partial defects of dental rows results of the questionnaire and clinical assessment of the condition of removable prostheses. Middle European Scientific Bulletin, 6, 94-97.

MUNDARIJA

ИЗУЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ С ПОМОЩЬЮ ПРИБОРА «T-Scan III». Александров М.Ю, Алпатьева Ю.В., Булычева Е.А.	3
ОЦЕНИВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ В ПРОЦЕССЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. Азимова Шахноза Шухратовна	7
БОЛАЛАРДА МОЛЯР ТИШЛАР ЙЎҚОТИЛИШИ ОҚИБАТИДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ДЕФОРМАЦИЯЛАРНИ ДАВОЛАШ. Алиев Х.Р., Саидов А.А	10
СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПАРАФУНКЦИЯМИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ. Барашкова Н.А., ¹ Дегтярева Х.М., ¹ Лопушанская Т.А., ¹ Пахлеванян Г.Г. ²	13
АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ШУМА В УШАХ У ПАЦИЕНТОВ СОСНИЖЕННЫМ ПРИКУСОМ. Гайворонская А.А., ¹ Войтяцкая И.В., ^{1,2} Цимбалистов А.В. ²	15
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПО ДАННЫМ ГНАТОДИНАМОМЕТРИИ. Дубенко Д.А., ¹ Лопушанская Т.А., ¹ Мамедов Э.С. ²	18
АНАЛИЗ ВОСТРЕБОВАННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕЛЕСКОПИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ФИКСАЦИИ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. Евдокимов Ю.И., Голинский Ю.Г.	20
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОЕКТИРОВАНИЯ УПРАВЛЯЮЩИХ ПРОГРАММ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ САД/САМ ТЕХНОЛОГИЙ. Ефимин А.В.	23
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА АДДИТИВНОГО ПРОИЗВОДСТВА МОДЕЛЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ ПОСЛОЙНОГО СГЛАЖИВАНИЯ ПОВЕРХНОСТИ. Ефимин А.В.	25
THE USE OF A BACTERIOSTATIC DRUG WITH AN ASSESSMENT OF HYGIENIC ACTIVITY IN DENTAL PROSTHETICS IN THE ELDERLY. Jumaev A.Kh., Alimova N.P.	26
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ФЛЮОРОЗА - ПРЕДОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА. Зайнидинова Э.З., Шаяхметова М.К., Жолдыбаев С.С., Каметова А.Б.	28
РЕТЕНЦИОННЫЙ ПЕРИОД, СОХРАНЕНИЕ СТАБИЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЗУБОВ ПОСЛЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ. Кутмаматова Ырысбүбү Абдилазизовна	30
ТИШЛАР ПАТОЛОГИК ЕДИРИЛИШНИ ДАВОЛАШДА ЎЗАКЛИ КОНСТРУКЦИЯЛАРНИ ҚЎЛЛАШ. Қобилов Р.И.	33
ПРОБЛЕМЫ ПОЛУЧЕНИЯ ТОЧНОГО ОТТИСКА В СТОМАТОЛОГИИ. Ломия С.М. ¹ , Войтяцкая И.В. ^{1,2} , Зайцева А.Г. ¹	34
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕПЕРЕНОСИМОСТЬЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ	

КОНСТРУКЦИОННЫХ МАТЕРИАЛОВ. Михайлова Е.С. ¹ , Цимбалистов А.В. ² , Ермолаева Л.А. ¹	37
ИССЛЕДОВАНИЕ АДГЕЗИИ НЕКОТОРЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ К ПОВЕРХНОСТИ МАТЕРИАЛОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ. Солопов А.Д., Огрин Н.А., Королёва И.В.	40
БОЛАЛАР ТИШ ҚАТОРЛАРИ ОККЛЮЗИОН САТҲИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРИ ВА ТИШЛОВ АНОМАЛИЯЛАРИ ТАРҚАЛИШ ДАРАЖАСИ. Рўзиева Г.Т., Саидов А.А.	42
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЛЕКТРОМИОГРАФИИ (ЭМГ) ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ. Султанов М.Ш., Султанов Ш.Р., Хафизов А.А.	44
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ НА ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТАХ. Султанов М.Ш., Хафизов А.А., Муминов А.М.	50
ДИСТОПИРОВАННЫЙ СВЕРХКОМПЛЕКТНЫЙ ЗУБ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА. Шегебай А., Шаяхметова М.К., Талимов К.К., Мирзакулова У.Р., Каркабаева К.О.	52
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ОЛИВКОВОГО ПРОПОЛИСНОГО МАСЛА И МАЗИ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАДОНТИТА У РАБОЧИХ ХЛОПКООЧИСТИТЕЛЬНЫХ ЗАВОДОВ. Абдурахимов З.А., Жуматов У.Ж.	54
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОЙ ФОРМЫ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗОСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА. Бабаева Н.М., Идиев Г.Э.	56
ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ БАКТЕРИЙ КАРИОЗНОЙ ПОЛОСТИ ЗУБА. Бобровский Ю.О., Кондрашкова И.С.	58
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА. Болтаева Мафтуна Муминовна	60
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. Болтаева Фазолат Муминовна	63
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ СИНДРОМА ЖЖЕНИЯ ПОЛОСТИ РТА. Борисова Э.Г. ^{1,2}	65
ПРОСТО О СЛОЖНОМ. АЛГОРИТМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА. Гордеева В.А., Кулик И.В., Рубежов А.Л., Лордкипанидзе М. В.	69
АБУ АЛИ ИБН СИНО О ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. Жуматов У.Ж.	72
ПРИМЕНЕНИЕ ДЕПОФОРЕЗА ГИДРООКСИДИ МЕДИ КАЛЬЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА. Жуматов У.Ж., Хабибназаров П.Р.	74

ОПТИМИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ. Курбанова.Н.И.	77
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОСТИ РТА. Казакова Нозима Нодировна	82
РАЗРАБОТКА МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИИ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБОВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ. Камиллов Хайдар Пазиллович, Саидова Нилуфар Ахроровна ...	85
СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА И ОСОБЕННОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗЕ. Наврузова Л. Х.	86
ЧАСТОТА ХРОНИЧЕСКОГО ДИФФУЗНОГО ПАРОДОНТИТА ИЗ-ЗА ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН С РАКОМ ГРУДИ. Нурова Шохсанам Норпулатовна	90
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ МЕТОДОВ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПЛАНИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ СТОМАТОЛОГИИ. Петриченко А.А. ¹ , Ермолаева Л.А. ² , Чибисова М.А. ³ , Затонова Л.В. ¹	93
СУРУНКАЛИ ТАРҚАЛГАН ПАРОДОНТИТНИ ОШҚОЗОН - ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИКЛАРИ КЕЧИШИ ФОНИДА ДАВОЛАШДА ПРОПОЛИС НАСТОЙКАСИНИНГ АҲАМИЯТИ. Раджабова Азизаханум Фармановна	97
РЕВМАТОИДЛИ АРТРИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ҲОЛАТИНИНГ АНИҚЛАШ КЎРСАТКИЧЛАРИ. Рахимов Ш.Ш., Идиев Г.Э.	98
ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА 17А И АНТИТЕЛ К ГЛУТАМАТДЕКАРБОКСИЛАЗЕ ПРИ ГЕНЕРОЛИЗОВАННОМ ПАРОДОНТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЁСШИХ COVID 19. Тураева Ф.А. ¹ , Иноятов А.Ш. ¹ , Файзуллаева Н.Я. ²	101
ИССЛЕДОВАНИЯ ДО КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ГЕЛЕЙ НА ОСНОВЕ КОЛЛАГЕНА И ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА. Усманова Д.Р. ¹ , Шомуродов К.Э. ²	102
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖКТ И НЕСЪЕМНЫМИ ПРОТЕЗАМИ. Ходжаева Ш.Ш.	105
СРОКИ И ДИНАМИКА МИНЕРАЛИЗАЦИИ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ. Афакова М.Ш., Муртазаев С.С.	108
БОЛАЛАРДА ОРТОДОНТИК ДАВОЖАРАЁНИДА КАТАРАЛ ГИНГИВИТНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ. Бободустов У.К., Саидов А.А.	109
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ ПОД ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИЕЙ: ОБОСНОВАНИЕ. Дорошенко Н.В., Кабанова А.А.	112
IMPACT OF HEARING LOSSES ON A CHILD'S EDUCATIONAL PROCESS. Dildora Taylakova Ibragimovna, Shakhinabonu Shirinova Bobirovna	114

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СРЕДНЕГО КАРИЕСА ВРЕМЕННЫХ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ ЗУБОВ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА. <i>Есим А.Ж., Момынова М. М., Такиметбекова Б.Ж.,.....</i>	115
ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОРОЖДЕННЫХ С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ ЛИЦА. <i>Кабанова А.А., Чернина Т.Н., Кabanова С.А.</i>	116
СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОР БОЛАЛАРДА СЎЛАК АЖРАЛИШ ТЕЗЛИГИ, СЎЛАК ҚОВУШҚОҚЛИГИНИ, ҲАМДА ЭМАЛНИНГ РЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯЛАНИШ ТЕЗЛИГИНИ КЛИНИК БАҲОЛАШ. <i>Камалова Лобар Ягмуровна</i>	118
ЭМАЛЬ ГИПОПЛАЗИЯСИ БОР БЕМОРЛАРДА ЭМАЛНИНГ КИСЛОТАГА НИСБАТАН ЧИДАМЛИЛИГИНИ БАҲОЛАШ. <i>Рабиева Моҳинур Шухратовна, Диникулов Жўрабек Абдунабиевич</i>	121
ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМЕ ЗУБОВ ПУТЕМ ПЕРЕСАДКИ. <i>Ражабов А.А.</i>	123
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА. <i>Рахимов Ж.Х., Ф.Р.Камалова.....</i>	125
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА АЭРОДЕНТ. <i>Рахматова Д. С.....</i>	127
БОЛАЛАРДА КАТАРАЛ ГИНГИВИТЛАРНИ ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ. <i>Сапаев Р.А., Саидов А.А.</i>	131
МАКТАБГАЧА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА СТОМАТОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР РИВОЖЛАНИШИНИНГ ХАВФ ОМИЛЛАРИНИ БАҲОЛАШ. <i>Сафарова М.С.</i>	133
ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА В ОРТОГНАТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ. <i>Сироджидинов Ш.Б., Джумаев Ш.М.</i>	136
ИЗУЧЕНИЕ КАРИЕСОГЕННЫХ ФАКТОРОВ КОНСЕРВИРОВАННЫХ ПРОДУКТОВ ДЛЯ ДЕТСКОГО ПИТАНИЯ. <i>С.В. Свердлова^а, Н.А.Соколович^а, Н.З. Джахангирова^а Я.А. Ковальчук^б, М.Ф.И. Жаворонок^б, А.В. Булатов^б</i>	138
СРОКИ И ДИНАМИКА ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ. <i>С.С. Муртазаев, М.Ш. Афакова.....</i>	141
ТЕЗ-ТЕЗ КАСАЛЛАНАДИГАН БОЛАЛАРДА ОДОНТОГЕН ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШ ХУСУСИЯТЛАРИ. <i>Ташева Гулчехра Суляймановна</i>	142
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ИСТИННОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОРАЛЬНОГО ГАЛИТОЗА В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ. <i>Улитовский С.Б., Калинина О.В.</i>	145
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГЕМОФИЛИЕЙ. <i>Федорова Р.К., Орешака О.В.....</i>	147
БОЛАЛАРДА ЎТКИР ГЕРПЕТИК КАНДИДОЗ СТОМАТИТЛАРНИ ФИТО ВАФИЗИОТЕРАПЕВТИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ. <i>Хоматова З.Д., Даминова Ш.Б</i>	149

КИШЕЧНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ДЕТСТВА. <i>Хамраева Р.Р.</i>	151
ОЦЕНКА СРОКОВ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЖИРОВОГО ТЕЛА ЩЕКИ ПРИ ПЛАСТИКЕ ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНЫ НЁБА. <i>Шаева Р.Г., Шомуродов К.Э.</i>	154
ИМКОНИАТИ ЧЕКЛАНГАН БОЛАЛАРДА ПАРОДОНТ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ФИТО ВА ФИЗИОТЕРАПЕВТИК МУОЛАЖАЛАР ОРҚАЛИ ДАВОЛАШ. <i>Эронов Ё.К., Мирсалихова Ф.Л.</i>	158
МАКТАВГАСЧА YOSHDAGI BOLALARDA TISH-JAG' TIZIMIDAGI PATOLOGIK O'ZGARISHLARNI ERTA TASHXISLASH VA BAXOLASH. <i>Eshonkulov G'olibjon Turakulovich., Kamalova Feruza Raxmatilloevna</i>	160
YUZ-JAG' SOHASI BO'SHLIQLI NOSILALARINING ZAMONAVIY TADQIQOT VA DAVOLASH USULLARI. <i>A.A. Abduqodirov, F.A. Azimhodjayeva</i>	161
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРЫ ПРИВОДЯЩИЕ К УМЕНЬШЕНИЮ КРОВОПОТЕРИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОРТОГНАТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ. <i>А.А. Абдукадыров, У.Т. Бахриев, Д.А. Абдукадыров</i>	163
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ОСТЕОГЕНОНА НА ПЛОТНОСТЬ КОСТНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ С ПОМОЩЬЮ РЕНТГЕНОДЕНСИТОМЕТРИИ. <i>А.А. Абдукадыров, Ф.Ш. Мухамедиева, А.М. Гизатуллина</i>	166
РОЛЬ ГЕНЕТИКИ В ОЦЕНКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТИ: ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ. <i>Гизатуллина А.М., Шомуродов К.Э.</i>	168
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ АТИПИЧНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБА МУДРОСТИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. <i>Гончарова А.И., Пожарицкая А.А., Колодзейский Г.Я.</i>	170
ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕТОДОВ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ. <i>Жумаев Л.Р., Жумаев А.Л.</i>	173
CHANGES IN THE DENTAL SYSTEM AND MAXILLOFACIAL REGION IN PATIENTS AFTER STROKE. <i>Zhurakulov N.Sh., Shomurodov K.E., Mirkhusanova R.S.</i> ...	180
РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОДОНТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ. <i>Кабанова А.А., Окулич В.К., Погоцкий А.К., Кabanова С.А.</i>	182
СОЧЕТАНИЕ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И ЭЛЕКТРОННОЙ АКСИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ «ЩЕЛКАЮЩЕЙ» ЧЕЛЮСТИ. <i>Кириллов И.А.</i>	184
ОНКОНАСТОРОЖЕННОСТЬ. ТАКТИКА ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА ДО И ПОСЛЕ ПОСТАНОВКИ ТЯЖЕЛОГО ДИАГНОЗА. <i>Кулик И.В., Гордеева В.А., Силин А.В., Михайлова Е.С.</i>	186
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДОНТОГЕННЫХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. <i>Матсопов Д.О., Шомуродов К.Э.</i>	189
THE EFFECT OF NON-ABLATIVE LASER PHOTOTHERMOLYSIS ON THE FORMATION OF THE GINGIVAL CONTOUR AROUND DENTAL IMPLANTS. <i>Mirkhusanova R.S., Shomurodov K.E., Igamova S.Z.</i>	191

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ С РАЗМЕРАМИ ОТВЕРСТИЙ ЧЕРЕПА, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА. Михайлик Р.А., ² Лопушанская Т.А., ¹ Петросян Л.Б. ¹	193
ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА. Юсуфов Норбек Исломбек угли, Мусаев Шамшодбек Шухратович	195
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АНАТОМИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МЯГКОГО НЕБА ПОСЛЕ УРАНОПЛАСТИКИ. Нурматов Д.Н.....	197
YUQORI VA PASTKI JAG' SUYAKLARIDA SURUNKALI OSTEOMIELIT KELIB SHIQISHI, KLINIKASI, DIFFERENTSIAL DIAGNOSTIKASI VA TASHXISI. Olimov Abulfayz Latifovich, Xaliqov Azizbek Alimurodovich.....	199
ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ КАК ПРИЧИНА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. Погоцкий А.К., Шук А.И., Кабанова А.А.....	202
ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОДОРОДНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПОСТРАДАВШИХ С ТРАВМАМИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ КОСТИ. Пулатова Ш.К.....	206
ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ИННОВАЦИОННОЙ ТАКТИКИ КОНСЕРВАТИВНОГО СПОСОБА МЕЖЧЕЛЮСТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ. Пулатова Ш.К.....	209
KELIB SHIQISH SABABI TURLICHA VO'LGAN PASTKI JAG' SINISHLARINI DAVOLASHDA OSTEOPLASTIK MATERIALLARNING ANAMIYATI. Haydarova Nargiza Muxiddinovna.....	213
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА. Ф.А. Хамитова	215
ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФУРУНКУЛАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. Флерьянович М.С., Походенько-Чудакова И.О.....	218
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА. Олимов Сиддик Шарифович, Баиров Марат Каленович, Дурдиев Жонибек Исматович, Сафарова Мавлуда Жамоловна.....	221



STOMATOLOGIYANING DOLZARB MUAMMOLARIGA ZAMONAVIY YONDASHUV

NOMLI XALQARO ISHTIROKIDAGI
ILMIY-AMALIY ANJUMAN

materiallar to'plami

23-24- aprel 2024-yil

