



**АБУ АЛИ ИБН СИНО НОМИДАГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ**

**«СТОМАТОЛОГИЯНИНГ ДОЛЗАРЪ МУАММОЛАРИ»
ҲАЛҚАРО ИЛМИЙ – АМАЛИЙ АНЖУМАНИ**

**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СТОМАТОЛОГИИ»
МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

25-26 апреля 2025 г.

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

Бухара-2025



Ответственные редакторы:

PhD доц. Ядгарова Г.С., асс. Мирзаева Ф.А., PhD доц. Тайлакова Д.И.

Рецензент:

Проректор по научным работам и инновациям Амонов М.М.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ - 2025

Материалы Международной научно-практической конференции 25-26 апреля 2025 г. Бухара Ответственные редакторы. PhD доц. Ядгарова Г.С., асс. Мирзаева Ф.А., PhD доц. Тайлакова Д.И. - БухГМИ, 2025 г.

Редактор: PhD доц. Ядгарова Г.С., асс. Мирзаева Ф.А., кафедры хирургической стоматологии. БухГМИ.

Материалы публикуются в авторской редакции.

Редакционная коллегия не несёт ответственности за содержание тезисов в сборнике.



СОДЕРЖАНИЕ

ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОЛНОСТЬЮ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ, ИЗГОТОВЛЕННЫМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ <i>Астанов О. М.</i>8
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ И ПУТИ ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ15
ВЛИЯНИЕ СПОСОБА ПОДГОТОВКИ ЭМАЛИ ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ НА УРОВЕНЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ <i>О.А. Артёмова¹, к.м.н. М.С. Мяндиев¹, А.С.М. Немер¹ С.Н. Разумова¹</i> .153
БОЛИ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ <i>Атоева М.А.</i> 23
РАЗРАБОТКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ. <i>Атаева М.А.</i> 255
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ <i>Ахмедов И.И., Камалова Ф.Р.</i> 278
ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ЛЕЙКОПЛАКИЯНИНГ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ <i>Бабаева Н.М., Идиев Ф.Э.</i> 33
ВОЗБУДИТЕЛИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В ПОЛОСТИ РТА КРИТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТОКОЛАХ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА. <i>Байкулова М.Д., Разумова С.Н., Разумова С.Н.</i> 355
БОЛАЛАРДА ГИНГИВИТЛАРНИ ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ <i>Бободустов Улузбек Кенжа ўгли, Саидов Акбар Аҳадович</i> 366
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Болтаева Мафтуна Муминовна</i> 399
ФОРМА ПОПЕРЕЧНОГО СЕЧЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ В АПИКАЛЬНОЙ ТРЕТИ ПО ДАННЫМ КЛКТ <i>Разумова С.Н., Браго А.С. Разумова С.Н.</i> 42
THE CROSS-SECTION OF THE ROOT CANALS IN THE APICAL PART



ACCORDING TO CBCT DATA <i>Razumova Svetlana¹, Brago Anzhela¹,.....</i>	43
МИКРОБИОТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПРИ ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА: ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТАВА <i>Гордеева В.А., Кулик И.В., Рубежов А.Л., Михайлова Е.С., Лордкипанидзе М.В.....</i>	52
OLIV QO'YILADIGAN TISH PROTEZLARI MAVJUD OG'IZ BO'SHLIG'IDA PARODONT TO'QIMALARINING ASORATLANISHINING OLDINI OLIHDA MAKRO - VA MIKROELEMENTLARNING O'RNI <i>G'ayrat Elmirodovich Idiyev, Maxsuda Maxsudovna Tuxtayeva.....</i>	555
ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОТКОЙ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ <i>Кадиров Ф.Ф., Камалова Ф.Р.....</i>	577
СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОКРОННОЙ СИСТЕМЫ <i>Казмагамбетова А.К., Каркимбаева Г.А., Рысбаева Ж.И.</i>	59
АНАЛИЗ ЦИТОГРАММЫ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ <i>Каркимбаева Г.А., Рысбаева Ж.И., Казмагамбетова А.К.</i>	61
ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ <i>В.А. Катюхина¹, к.м.н. И. А. Никольская¹, к.м.н. Е.Н. Анисимова².....</i>	63
КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИ ПОМОЩИ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СТОМАТОСКОПИИ <i>Кулик И. В., Гордеева В.А., Сурдина Э.Д., Михайлова Е.С.....</i>	699
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН <i>Курбанова Нодира Исомитдиновна.....</i>	72
MAKTAVGASHA YOSHDA GI BOLALAR TISHLARIDAGI PROFILAKTikasi <i>Mengliyeva D. N.....</i>	74
ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЁБА. <i>Мирзаева Ф.А.....</i>	76
EARLY DIAGNOSTICS OF THE PATHOLOGY OF TOOTH ERUPTION	



AND JAW FORMATION IN CHILDREN <i>Mukhsinova Lola Anvarovna</i>	81
СВЯЗЬ МЕЖДУ ЗУБАМИ И ГОРМОНАЛЬНЫМ ФОНОМ: ВЛИЯНИЕ ГОРМОНОВ НА СОСТОЯНИЕ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ <i>Наврүзова Лола Халимовна</i>	84
РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДИФФУЗНОГО ПАРОДОНТИТА НА ФОНЕ ОСТЕОПАРОЗА У ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. <i>Нурова Шохсанам Нортупатовна</i>	88
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КАРИЕСА И ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНАХ С РАЗЛИЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ СОЕДИНЕНИЙ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН <i>Раджабов Б.Б¹, Якубова З.Х.^{1,2}, Гурезов Х.М²</i>	93
ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТОВ ЗУБНОГО РЯДА У ДЕТЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ТРАВМЕ ЗУБОВ ПУТЕМ ПЕРЕСАДКИ <i>Раджабов А.А.</i>	100
ҚИСМАН ТИШСИЗЛИҚДА ЗАМОНАВИЙ ТИШ ПРОТЕЗЛАРИ БИЛАН ОРТОПЕДИК ДАВОЛАШ <i>Раджабов Алишер Исломович, Саидов Акбар Аҳадович</i>	102
НОВАЯ МЕТОДИКА РАННЕГО ВЕРТИКАЛЬНОГО НАРАЩИВАНИЯ ГРЕБНЯ <i>Рамазонов Хамза Хаётович</i>	1065
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКИ, ПЛАНИРОВАНИЕ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ <i>Рахимов Зокир Кайимович¹, Ибрагимов Иномджон Усманович²</i>	10908
СТОМАТОГЕН ЎЗГАРИШЛАР МАВЖУД РЕВМАТОИД АРТРИТЛИ БЕМОРЛАРДА ИММУН ЖАВОБ РЕАКЦИЯСИНИ АНИҚЛАШ <i>Рахимов Ш.Ш., Идиев Ф.Э.,</i>	11312
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА АЭРОДЕНТ <i>Рахматова Дилнора Саиджоновна</i>	11514
БОЛАЛАР ТИШ ҚАТОРЛАРИ ОККЛЮЗИОН САТҲИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРИНИ КЛИНИК БАҲОЛАШ ВА ДАВОЛАШ <i>Рузиева Гавҳар Тохировна., Саидов Акбар Аҳадович</i>	12120
АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ РЕГИОНЕ. <i>Рысбаева Ж.И., Казмагамбетова А.К., Каркимбаева Г.А.</i>	124
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО И КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО	



ПРИЁМА <i>Садиева Дилдора Шухратовна</i>	12625
ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЗУБОВ НА ФОНЕ ТОКСИКОЗА В 1-ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ. <i>Саидова Нилуфар Ахроровна</i> ,	12827
ОФИЗ БЎШЛИФИДАГИ АЛЬВЕОЛИТ КАСАЛЛИГИНИ САМАРАЛИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ <i>Хабибова Н.Н. Самадова Ш.И.</i> ,	13433
ДИАГНОСТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ КОРНЯ ЗУБА <i>Самандаров Н.О., Мухторжонов Н.Т., Кучкарова Г.А.</i>	13736
ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАСТИТЕЛЬНОГО ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ АСЕПТА <i>Тайлакова Дилдора Ибрагимовна, Турсунова Гулноза Жамшидовна</i>	13936
IMMUNOBIOCHEMICAL MARKERS IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS <i>Turaeva Feruza Abdurashidovna</i>	14238
ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СОВМЕСТНО С ДИАБЕТОЛОГАМИ <i>Фозилова У.К. Хабибова Н.Н.</i>	14541
НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА. <i>Хабибова Н.Н., Расулов Ж.Б.</i>	15044
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАРИЕСА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ГОРОДА БУХАРЫ. <i>Хабибова Н.Н., Солижонов С.Ш.</i>	15249
ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ. <i>Хабибова Н.Н., Разикова Д. К.</i>	15451
ИССЛЕДОВАНИЕ ОПТИЧЕСКОЙ ПЛОТНОСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С ПОМОЩЬЮ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ <i>Хамитова Фируза Артыковна</i>	15653
ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР <i>Мирсалихова Фируза Лукмоновна, Хамроева Дилафруз Шукуровна</i>	15855



МОДИФИКАЦИЯ АДГЕЗИВНОГО ПРОТОКОЛА АДГЕЗИВНОЙ СИСТЕМЫ ПЯТОГО ПОКОЛЕНИЯ <i>Хасханова Л.М., Разумова С.Н.</i>	16157
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО АППАРАТА TWIN BLOK ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА У ДЕТЕЙ. <i>Шадлинская Рамида Вагиф гызы</i>	16260
ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПОД ВЛИЯНИЕМ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И СПОСОБЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ <i>Ширинова Х.Х.</i>	16561
PERIODONTAL TISSUE CHANGES UNDER THE INFLUENCE OF OVERWEIGHT AND WAYS TO PREVENT THEIR COMPLICATIONS <i>Shirinova H.H.</i>	16664
PREVENTION OF DENTAL DISEASES IN CHILDREN WITH DISABILITIES <i>Eronov Yo.Q.</i>	16867
CHANGES IN THE CARDIOVASCULAR SYSTEM ON THE ORGANS OF THE ORAL CAVITY IN CHILDREN WITH DISABILITIES <i>Eronov Yoqub Quvatovich</i>	17069
ПРЕДХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ С ВРГН С ПОМОЩЬЮ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ. <i>Ядгарова Г.С., Ахмедов А.Б.</i>	1732
КАРИЕСОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ <i>Якубова З.Х. к.м.н., доц., ¹Х.М. Гурезов, ²М. А. Постников д.м.н., проф., ³Б.Б. Раджабзода</i>	174



ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОЛНОСТЬЮ СЪЕМНЫМИ ЗУБНЫМИ ПРОТЕЗАМИ, ИЗГОТОВЛЕННЫМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИФРОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Астанов О. М.

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу

Али ибн Сины

Актуальность. Современная стоматология стремится обеспечить высокий уровень качества жизни для всех категорий пациентов, включая лиц с психическими расстройствами. Одним из важнейших направлений является восстановление утраченных зубов у данной группы пациентов, так как отсутствие зубов существенно ухудшает жевательную функцию, дикцию, эстетический вид, а также обостряет психоэмоциональное состояние, снижает самооценку и способствует социальной изоляции. Учитывая особенности поведения, когнитивных функций и восприятия у психически больных пациентов, традиционные методы протезирования часто оказываются недостаточно эффективными и требуют значительных временных, технических и психологических ресурсов. Таким образом, использование цифровых технологий при изготовлении полностью съемных зубных протезов для психически больных пациентов представляет собой перспективное направление, сочетающее медицинскую, социальную и этическую значимость. Исследование и внедрение таких подходов способствует улучшению качества стоматологической помощи, социальной адаптации и общего уровня жизни данной категории больных.

Ключевые слова. PolidentpinkCAD/CAMdisc, BloomdenBioceramicsCo, VillacrilHPlus, мимической мускулатуры, CAD/CAM.



Для съемных протезов, изготовленных цифровым методом нами были использованы следующие материалы: «PolidentpinkCAD/CAMdisc», Словения и «BloomdenBioceramicsCo.», Китай. Для съемных протезов, изготовленных традиционным способом использовали пластмассу горячего отверждения «VillacrilHPlus» и стандартный гарнитур акриловых зубов. Клинические методы исследования больных обратившихся за ортопедической помощью, проводили классическим способом строго по этапам. Беседу с пациентами начинали с выяснения жалоб, анамнестических данных по развитию патологии, жизни, перенесенных заболеваний и сопутствующих заболеваний и наличие аллергических заболеваний. Клиническое обследование стоматологического статуса проводили по общепринятому в стоматологии плану, начиная с паспортной части и тщательного изучения жалоб больных. У всех обследуемых выясняли, имеются ли какие-либо неприятные ощущения в полости рта, изменилось ли состояние в связи с зубным протезированием, особое внимание придавали изучению характера, локализации, интенсивности, времени возникновения патологических субъективных ощущений в полости рта, выявлению характерных жалоб больных на изменения цвета слизистой оболочки губы, щек, языка; отечность слизистой оболочки полости рта, металлический, кислый или неприятный привкус во рту; сухость во рту или гиперсаливация; появления запаха со рта, головные боли, эмоциональную лабильность, нарушения сна и другие жалобы.

При сборе анамнеза обращали внимание на эффективность ранее применявшихся методов ортопедического лечения, уточняли причины (кариес, заболевание пародонта, травма) и давность потери зубов. У



пациентов пользующихся съемными протезами, выясняли длительность пользования протезами, продолжительность привыкание к нему, функциональную ценность протезов, сколько раз и в связи, с чем проводилась замена.

При изучении анамнеза жизни учитывали профессию, вредные привычки, выяснили ранее перенесенные и сопутствующие заболевания. При опросе у пациентов выяснили возможность бесконтрольного приема лекарственных препаратов. Особое внимание уделялось изучению аллергологического статуса пациента: наследственная предрасположенность пациента, бронхиальная астма, наличие пищевой или лекарственной аллергии. Социальное положение: работает на производстве или преподает, служащая или домохозяйка. В каких жилищно-бытовых условиях проживает: в общежитии, квартире, в частном доме или в коттедже. Обращалось внимание на наличие в анамнезе перенесенных черепно-мозговых травм, стрессовых ситуации. Во время беседы с пациентом изучался тип нервной системы каждого пациента. После опроса приступили к объективному обследованию пациентов, которое начинали с внешнего осмотра пациента. Обращали внимание на асимметричность лица, губ, углов рта, высоту нижнего трети лица, выраженность носогубных и подбородочных складок, наличие заед в углах рта. Изучали состояния височно-нижнечелюстных суставов – особенности движения суставных головок нижней челюсти, болезненность суставов при пальпации, при открывании и закрывании рта, свободное или ограниченное открывание рта. Проводили обследование жевательной и мимической мускулатуры. Полученные данные объективного обследования позволили комплексно оценить анатомо-функциональное состояние зубочелюстной системы и определить индивидуальные



особенности, которые необходимо учитывать при планировании и изготовлении полностью съемных протезов, особенно с применением цифровых технологий.

Заключение. Протезирование психически больных пациентов с применением цифровых технологий является важным и перспективным направлением современной стоматологии. Учитывая сложности в коммуникации, адаптации и восприятии у данной категории больных, традиционные методы не всегда позволяют достичь удовлетворительных результатов. Цифровые технологии обеспечивают более точное планирование, индивидуальный подход и значительное сокращение времени клинических этапов, что особенно важно при работе с пациентами, имеющими психические расстройства. Использование CAD/CAM-систем и 3D-прототипирования способствует улучшению качества изготовления полностью съемных протезов, повышает их функциональность и комфорт, а также снижает уровень стресса у пациентов. Это не только улучшает стоматологический статус больных, но и способствует их социальной и психологической реабилитации.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕФЕКТАМИ ЗУБНЫХ РЯДОВ И ПУТИ ЕГО ОПТИМИЗАЦИИ

Азимова Шахноза Шухратовна, Саидов Акбар Ахадович

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

Актуальность проблемы. Несмотря на значительный прогресс в области ортопедической стоматологии, проблема адаптации пациентов к зубным протезам остаётся



актуальной. Протез, выполняя восстановительные и профилактические функции, одновременно действует как инородный раздражитель, вызывая ответные реакции со стороны тканей протезного поля. Эти реакции обусловлены рядом факторов: свойствами материала, способом фиксации, распределением жевательной нагрузки, окклюзионными соотношениями и индивидуальными анатомо-функциональными особенностями. Клиническая практика показывает, что даже высокотехнологичные и правильно изготовленные протезы могут вызывать субъективный дискомфорт. Причиной тому нередко становятся особенности психоэмоционального состояния пациента, включая повышенную тревожность, эмоциональную лабильность, депрессивные проявления и низкую стрессоустойчивость. Эти состояния оказывают значительное влияние на процесс адаптации и общее восприятие результатов лечения.

Цель исследования. Определить влияние психоэмоциональных факторов на эффективность ортопедического лечения пациентов с дефектами зубных рядов и разработать пути оптимизации лечебного процесса с учётом индивидуальных психологических особенностей.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты с частичными дефектами зубных рядов, которым проводилось ортопедическое лечение с использованием несъёмных конструкций и дентальных имплантатов.

Комплексная диагностика включала:

- стоматологический и неврологический осмотр;
- анализ электроэнцефалографических (ЭЭГ) данных;
- психодиагностическое тестирование (оценка тревожности, депрессии, внушаемости);
- анкетирование с использованием валидизированного опросника для оценки качества жизни. Была разработана методика оценки уровня внушаемости до начала лечения, что



позволило индивидуализировать подход к пациенту на этапе планирования протезирования.

Результаты:

- Установлена прямая зависимость между локализацией дефекта (во фронтальной или боковой зоне зубного ряда) и выраженностью эмоционально-личностных нарушений.

- Пациенты с дефектами во фронтальной (эстетически значимой) области демонстрировали более выраженные симптомы тревожности, депрессии и неудовлетворённости качеством жизни.

- ЭЭГ-исследование выявило корреляцию между психоэмоциональным состоянием и биоэлектрической активностью мозга, что позволяет использовать нейрофизиологические показатели как объективный критерий оценки адаптации.

- Пациенты с высокой внушаемостью продемонстрировали большую восприимчивость к психокоррекционным мероприятиям и более быструю адаптацию к протезам при условии психологической поддержки.

Обсуждение. Психоэмоциональные особенности пациентов играют ключевую роль в эффективности ортопедического лечения. Игнорирование этих факторов может приводить к снижению удовлетворённости результатами лечения, увеличению количества жалоб, продлению сроков адаптации и даже отказу от протезов. Индивидуализированный подход, включающий психопрофилактику и оценку внушаемости, значительно повышает эффективность ортопедической реабилитации. Кроме того, отсутствие зубов негативно влияет не только на жевательную функцию и питание пациента, но и на его самооценку и социальную активность. Таким образом, психоэмоциональное состояние становится неотъемлемой частью оценки качества жизни при стоматологическом



лечении.

Выводы заключаются в том:

1. Психоэмоциональное состояние оказывает существенное влияние на адаптацию пациентов к ортопедическим конструкциям.

2. Выраженность негативных эмоциональных реакций зависит от локализации дефекта, степени внушаемости пациента и наличия психологической поддержки.

3. Комплексная оценка эмоционального состояния, включая ЭЭГ-анализ и психодиагностику, позволяет прогнозировать эффективность лечения.

4. Разработка алгоритма психопрофилактики и индивидуальный подход на всех этапах лечения способствуют улучшению его результатов и повышению удовлетворённости пациентов.

5. Критерии качества жизни необходимо включать в систему оценки эффективности стоматологического лечения как обязательный компонент.

Практические рекомендации:

- Внедрить рутинную психодиагностику пациентов с дефектами зубных рядов до начала ортопедического лечения.

- Применять анкетирование для оценки качества жизни до и после протезирования.

- Использовать индивидуализированные психокоррекционные методы (консультации, разъяснительные беседы, релаксационные техники) в зависимости от уровня внушаемости.

- Повысить междисциплинарное взаимодействие стоматологов с медицинскими психологами.



ВЛИЯНИЕ СПОСОБА ПОДГОТОВКИ ЭМАЛИ ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ НА УРОВЕНЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

к.м.н. ассистент О.А. Артёмова¹, к.м.н.

М.С. Мяндиев¹, А.С.М. Немер¹

Научный руководитель: д.м.н., профессор С.Н. Разумова¹
¹ФГАОУ ВО Российский университет дружбы народов им.

Патриса Лумумбы, г. Москва

Ортодонтическое лечение увеличивает риск развития деминерализации эмали ввиду того, что брекет, приклеенный к поверхности зуба, создает ретенционные пункты для скопления зубного налета, что, в свою очередь, увеличивает колонизацию *Streptococcus mutans* и *Lactobacillus* [1,2,3,7]. В результате чего, по мнению ряда авторов (Derks A, Chang HS), первичное поражение кариесом может достигать 75%, что приводит к преждевременному прекращению ортодонтического лечения. Таким образом качество рутинной гигиены полости рта очень важно для поддержания здоровья твердых тканей зуба у ортодонтических пациентов [1,2,3,8]. Клиницисты на каждом приеме должны мотивировать пациента на стабильную эффективную гигиену полости рта. Кроме того, современные способы подготовки эмали перед фиксацией брекет-систем, обеспечивают дополнительный бактериостатический эффект и снижает гиперестезию зубов [4,6,7].

Цель исследования: оценить влияние способа подготовки эмали перед фиксацией брекет-системы на уровень гигиены полости рта у пациентов, проходящих ортодонтическое лечение.



Материалы и методы: в рандомизированное, контролируемое исследование было включено 80 пациентов от 18 до 30 лет. Участников случайным образом разделили на 4 равные группы: 1 группа – керамические брекет-системы без обработки эмали герметиком (десенситайзером, лаком) SHIELD FORCE PLUS (n=20), 2 группа – керамические брекет-системы с обработкой эмали герметиком SHIELD FORCE PLUS (n=20), 3 группа – металлические брекет-системы без применения герметика SHIELD FORCE PLUS (n=20), 4 группа – металлические брекет-системы с использованием герметика SHIELD FORCE PLUS (n=20).

Протокол фиксации брекет-систем включал адгезив Universal Bond II (Tokuyama Dental), лак SHIELD FORCE PLUS (Tokuyama Dental), фиксирующий цемент двойного отверждения ESTECEM II PLUS (Tokuyama Dental).

Уровень гигиены полости рта определяли до фиксации брекет-системы и через год после начала ортодонтического лечения. Качество гигиены оценивали, используя индекс ОНI-S. Степень кровоточивости десен измеряли с помощью индекса РВI.

Результаты: через 12 месяцев после начала ортодонтического лечения отмечалась статистически значимая разница индекса ОНI-S между группами 1 и 2 ($p=0,003$) и между группами 2 и 3 ($p=0,014$), чьи значения индекса гигиены полости рта перед началом исследования составили $1,5\pm 0,12$; $1,4\pm 0,47$, а через 12 месяцев $1,6\pm 0,36$ и $1,5\pm 0,46$ соответственно.

Показатели индекса кровоточивости десен РВI 2 группы были достоверно ниже ($p=0,003$) через 12 месяцев наблюдений, в группе 1 разница не была статистически значимой ($p>0,05$). Регистрировались статистически значимые различия индекса РВI в группе 4 ($p=0,012$). Достоверных



различий в группе 3 не было ($p>0,05$).

Заключение: Способ подготовки эмали перед фиксацией брекет-системы влияет на уровень гигиены полости рта у пациентов, проходящих ортодонтическое лечение. Обработка поверхности зуба десенситайзером перед фиксацией ортодонтических конструкций повышает качество гигиены полости рта, препятствует деминерализации эмали и возникновению воспалительных заболеваний.

Ключевые слова: ортодонтическое лечение, десенсибилизатор, состояние эмали, уровень гигиены полости рта.

Введение: Ортодонтическая коррекция направлена на достижение функциональной и эстетически приемлемой окклюзии. Для ее успешности необходимо обеспечить целостность как твердых, так и мягких тканей на протяжении всего периода лечения. Зубной налет считается ведущим этиологическим кариесогенным фактором, а также причиной развития воспаления пародонта [1,4,8]. Его накопление на поверхности зуба связано с качеством ротовой жидкости, составом микрофлоры, воздействием фторидов, а главное- с эффективностью гигиены полости рта. Несъемные ортодонтические конструкции способствуют накоплению наддесневой и поддесневой биопленки, изменяют микробиом полости рта и затрудняют доступ средств гигиены к поверхности эмали, вызывая ее деминерализацию, что, в свою очередь, увеличивает риск развития гиперчувствительности дентина [1,3,7,8].

Протокол бондинга ортодонтической конструкции заключается в механическом очищении поверхности зуба и последовательном нанесении адгезивных компонентов согласно инструкции производителя. Однако, кондиционирование эмали неорганическими кислотами



достаточно агрессивно, особенно в тех случаях, когда твердые ткани зуба деминерализованы, а уровень гигиены полости рта низкий. Это приводит к развитию кариеса в процессе ортодонтического лечения [7].

В настоящее время методики брекет-бондинга претерпели значительную эволюцию. Они не только ускоряют процесс фиксации, способствуют более точному позиционированию аттачментов, но влияют на уровень гигиены полости рта. Современные материалы обладают бактериостатическими и реминерализующими свойствами за счет содержания фторидов в составе [8].

Материалы и методы: 80 участников в возрасте от 18 до 30 лет, случайным образом разделили на 4 группы наблюдения в зависимости от способа подготовки поверхности эмали перед фиксацией и вида ортодонтического аппарата. 1 группа включала 20 пациентов (n=20) с керамическими брекет-системами без обработки эмали герметиком SHIELD FORCE PLUS, 2 группа-20 пациентов (n=20) с керамическими брекет-системами с предварительной обработкой эмали герметиком SHIELD FORCE PLUS, 3 группа -20 пациентов (n=20) с металлическими брекет-системами без применения герметика SHIELD FORCE PLUS перед фиксацией (n=20), 4 группа- 20 пациентов (n=20) с металлическими брекет - системами с использованием герметика SHIELD FORCE PLUS перед фиксацией. Протокол фиксации брекетов включал последовательное применение адгезива Universal Bond II (Tokuyama Dental), десенситайзера Tokuyama (Shield Force plus), в группах 2 и 4 и композитного цемента двойного отверждения Estecem II Plus (Tokuyama Dental).

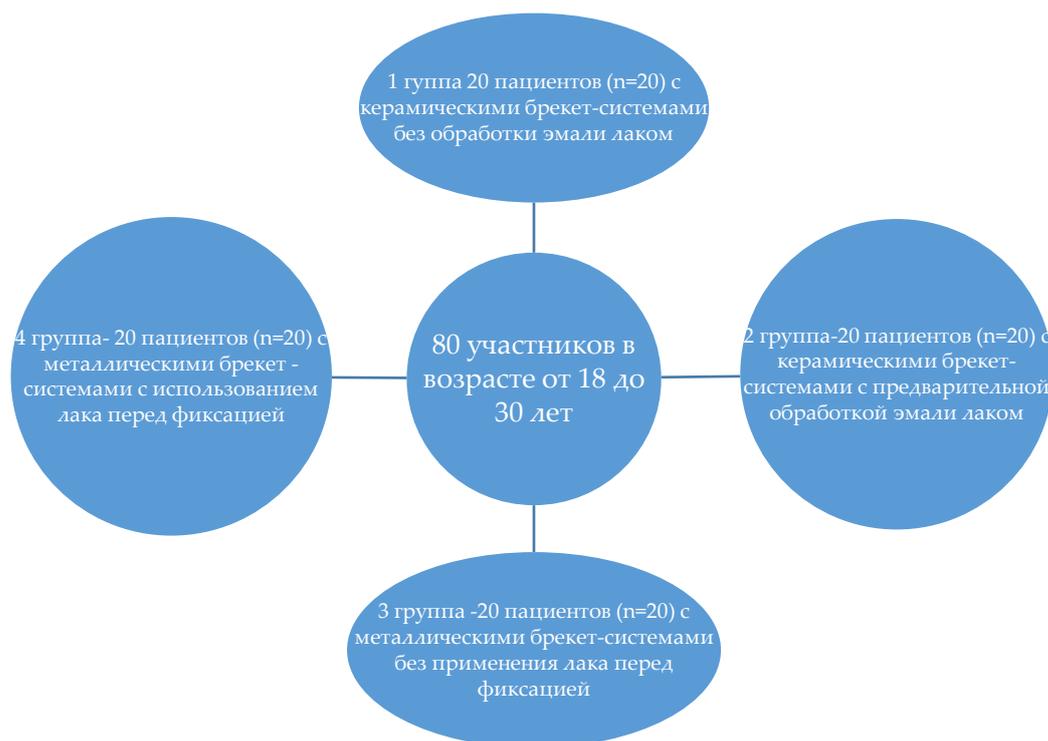


Рисунок 1-Распределение пациентов по группам наблюдения

Дополнительно к ИДС на ортодонтическое вмешательство участники эксперимента подписывали согласие на проведение исследования. Кроме того, были даны устные инструкции относительно техники чистки зубов.

Первое обследование уровня гигиены полости рта, включающие измерение индексов ОНI-S и РВI, проведено до фиксации ортодонтических конструкций. Заключительное контрольное обследование, в ходе которого также регистрировались индексы ОНI-S и РВI, провели через 12 месяцев.

Результаты:

Основные результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Индексная оценка гигиенического состояния полости рта

Показатели	Керамические брекет-системы		Металлические брекет-системы	
	Без герметика	С герметиком	Без герметика	С герметиком
Время	0	12	0	12



осмотра (мес)

Индекс ОНI-S	1,5±0,25	1,7±0,45	1,6±0,41	1,8±0,41	1,5±0,12	1,6±0,36	1,4±0,47	1,5±0,46
Индекс РВI	1,8±0,84	1,3±1,03	1,8±1,02	1,2±0,09	1,9±0,89	0,9±1,02	1,7±0,83	0,9±1,05
P	0,18	0,84	0,37	0,12	0,1	0,43	0,91	0,336

Очевидно, что через 12 месяцев после начала ортодонтического лечения статистически значимая разница индекса ОНI-S отмечалась между группами 1 и 2 ($p=0,003$) и между группами 2 и 3 ($p=0,014$). Значения индекса гигиены полости рта перед началом исследования вышеобозначенных групп составили $1,5±0,12$; $1,4±0,47$, а через 12 месяцев $1,6±0,36$ и $1,5±0,46$ соответственно; в то время как оценка наличия мягких и твердых зубных отложений через год в группах 1 и 3 показала отсутствие статистической разницы ($p>0,05$).

Среднее значение индекса РВI перед началом исследования в группе пациентов с керамическими брекет-системами, чья эмаль не обрабатывалась лаком (1 группа), составило $1,8±0,84$. Через 12 месяцев значение индекса составило $1,3±1,03$ ($p>0,05$), разница не была статистически значимой.

В группе пациентов с металлическими брекет-системами, чья эмаль не обрабатывалась лаком, среднее значение индекса кровоточивости перед началом исследования составило $1,8±1,02$, через 12 месяцев $1,2±1,09$ ($p>0,05$). Разница также статистически не значима.

В группе пациентов с керамическими брекет-системами, чья эмаль обрабатывалась лаком, перед началом исследования среднее значение индекса кровоточивости составило $1,9±0,89$, через 12 месяцев – $0,9±1,02$ ($p=0,003$), то есть, применение лака способствовало снижению кровоточивости. Кроме того, пациенты отмечали субъективное снижение чувствительности дентина.

В группе пациентов с металлическими брекет-системами, чья эмаль обрабатывалась лаком, перед началом исследования индекс кровоточивости составил $1,7±0,83$, через 12 месяцев среднее значение индекса РВI было $0,9±1,05$



($p=0,012$). Разница статистически значима.

Результаты исследования демонстрируют улучшение гигиены полости рта и снижение индекса кровоточивости как у пациентов в группе с металлическими системами, так и у пациентов в группе с керамическими системами, поверхность зубов которых обрабатывалась лаком перед фиксацией. Однако, ограниченность эксперимента не позволяет сделать достоверные выводы о том, что материал брекет-системы не влияет на качество гигиены полости рта.

Обсуждение: Рандомизация, как и ожидалось, сбалансировала группы по клиническим переменным, поэтому при проведении сравнений между группами возраст и пол пациентов не учитывались. Результаты показывают, что обработка поверхности эмали лаком перед фиксацией статистически значимо снижает уровень зубного налета и степень кровоточивости десен. Однако, следует учесть, что общее улучшение уровня гигиены полости рта связано, возможно, также с тем, что инструкции, наблюдение ортодонтами и своевременная коррекция мануальных навыков, позволили пациентам совершенствовать ежедневную гигиену полости рта.

В исследовании мы не обнаружили доказательств существенной разницы в уровне гигиены полости рта между пациентами, проходящими лечение на металлических брекетах в отличие от керамических. Однако, 12 месяцев наблюдения недостаточно для того, чтобы опровергнуть гипотезу о том, что материал ортодонтического устройства не влияет на уровень гигиены полости рта.

Perdigão J. и соавт. (2020) показали, что инфильтрация эмали лаком способна закупоривать гидроксипатиты, образуя гибридный слой, что делает поверхность зуба более устойчивой к воздействию кислот, что сопоставимо с нашими результатами [10].

Значимость качественной гигиены полости рта и



антибактериальных ортодонтических систем бондинга в поддержании здоровья пародонта подчеркивает в своих исследованиях Müller LK. с соав. (2020), что совпадает с полученными нами данными [8].

Patano A. и соавт. (2023) также пришли к выводу, что несъемные ортодонтические конструкции могут иметь негативные последствия для здоровья полости рта, однако методы профилактики, включающие использование аморфных кальций-казеиновых фосфопептидов, лаки, лазеры и наличие антимикробных веществ в ортодонтических материалах, могут эффективно предотвращать заболевания полости рта [9].

Учитывая все вышесказанное, становится очевидным, что необходимы дальнейшие исследования, поскольку эффективная гигиена полости рта играет важную роль в успешном завершении ортодонтического лечения и поддержании здоровья полости рта в целом.

Заключение: в рамках ограничений настоящего исследования можно сделать выводы о том, что использование десенситайзера Tokuyama (Shield Forse plus) в протоколе фиксации брекетов к эмали, улучшает качество гигиены полости рта, способствует снижению кровоточивости десен и деминерализации эмали.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

БОЛИ ПОСЛЕ ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Атоева М.А.

*Бухарский государственный медицинский институт им.
Абу Али ибн Сины Кафедра терапевтической стоматологии. e-
mail: atayevamaqsad@gmail.com*



Аннотация: Самым частым и самым неприятным осложнением для пациента эндодонтического лечения зубов является боль после пломбирования корневых каналов. Поэтому обязательным элементом оценки непосредственных результатов лечения, как отмечает А.Ж. Петрикас, должно быть выявление послеоперационной боли. Многие авторы признают, что определяющими факторами развития постпломбировочной боли являются методы подготовки корневых каналов, характер их медикаментозной обработки, уровень пломбирования каналов и материал корневых пломб. Исследований в этой области много, но они не являются исчерпывающими.

Ключевые слова: силер, гуттаперча, пульпэктомия, виталь, девиталь.

PAIN AFTER ENDODONTIC DENTAL TREATMENT: PREDICTION, PREVENTION AND TREATMENT

Atoeva M.A.

Bukhara State Medical Institute Department of Therapeutic Dentistry

The most frequent and most unpleasant complication for a patient undergoing endodontic dental treatment is pain after root canal filling. Therefore, as A.Zh. Petrikas notes, a mandatory element of assessing immediate treatment results should be identifying postoperative pain. Many authors acknowledge that the determining factors in the development of post-filling pain are the methods of root canal preparation, the nature of their medicinal treatment, the level of canal filling, and the material of the root fillings. There are many studies in this area, but they are not exhaustive.

Key words: sealer, gutta-percha, pulpectomy, vital, devital.

Для профилактики и борьбы с постпломбировочной болью врачи используют различные методы, доступные в каждом конкретном случае. В литературе имеются



противоречивые данные об их эффективности.

В связи с этим мы посчитали необходимым провести углубленное исследование причин развития постпломбировочной боли, оценить эффективность ее профилактики и лечения, а также разработать метод прогнозирования.

Повышение эффективности прогнозирования, профилактики и лечения боли, возникающей после эндодонтического лечения зубов.

По результатам многофакторного дисперсионного анализа, среди всех изученных причин наибольшее влияние на возникновение постпломбировочной боли оказывает фактор уровня пломбирования корневого канала. При этом одинаково неблагоприятными являются как перепломбирование, так и недопломбирование корневого канала. На втором месте находится количество корневых каналов в зубе.

При изучении частоты и особенностей постпломбировочных болей наиболее информативным является метод, использующий анкетирование пациентов.

При научной оценке причин постпломбировочных болей наиболее информативным является многофакторный дисперсионный анализ, который по своей информативности превосходит методы вариационного статистического анализа.

Профилактическое применение инъекций антибиотиков широкого спектра действия сразу после пломбирования корневых каналов и прогнозирование постпломбировочной боли предупреждает ее возникновение, но имеет известные ограничения и должно применяться строго индивидуально с учетом возможных противопоказаний.

Разработанный алгоритм прогнозирования постпломбировочной боли позволяет для ее купирования в



первые 3-6 дней выбрать применение светодиодного лазера, магнитолазерного излучения аппарата «Узор» или флюктуоризации как наиболее эффективной физиотерапии.

РАЗРАБОТКА И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ.

Атаева М.А.

*Бухарский государственный медицинский институт им.
Абу Али ибн Сины Кафедра терапевтической стоматологии.*

e-mail: atayevamaqsad@gmail.com

Аннотация: Разработка и выбор наиболее эффективного метода лечения многоформной экссудативной эритемы представляет большой теоретический и практический интерес для врачей стоматологов. Так, как заболевание слизистой оболочки полости рта до настоящего времени представляет малоизученный раздел в терапевтической стоматологии.

Этиология, патогенез многих заболеваний неизвестно, а следовательно и лечение остаётся симптоматическим. К таким поражением слизистой оболочки полости рта относится и многоформная экссудативная эритема.

Ключевые слова: слизистая оболочка, эритема, токсикодермия.

DEVELOPMENT AND METHODS OF TREATMENT OF MULTIFORM EXUDATIVE ERYTHEMA.

Ataeva M.A

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina

Department of Therapeutic Dentistry. e-mail:

atayevamaqsad@gmail.com

Abstract: The development and selection of the most effective method of treating erythema multiforme exudative is of great theoretical and practical interest to dentists. Since the



disease of the oral mucosa is still a poorly studied section in therapeutic dentistry. The etiology and pathogenesis of many diseases are unknown, and therefore the treatment remains symptomatic. Such lesions of the oral mucosa include erythema multiforme exudative.

Key words: mucous membrane, erythema, toxicoderma.

В наших климата- географических условиях Узбекистана, особенно регионах в Бухарской области отличается большая обращаемость лиц страдающих данным заболеванием.

Всего нами изучено 43 больных, из них 23 больных страдающей многоформной экссудативной эритеме, а 20 контрольной группы. Возраст обследованных лиц составляло от 45 до 60 лет. Мы все обследованных больных разделяли на 3 группы.

Первую группу больных страдающих многоформной экссудативной эритеме легкой степени жаловались на повышение температуры до 39° , головной и мышечной боли, общую недомоганию, симптомов острой респираторной инфекции, эти формы имели продромальный период, с продолжительностью до 14-15 дней. Вследствие, чего возникали характерные высыпания на коже тела, кистей, стоп, разгибательной поверхности предплечий, калений, локтевых и коленных суставов иногда на коже лица, туловища. При легком течением болезни часто рецидивирующее многоформной экссудативной эритемы высыпания проявлялись без предвестников.

Во вторую группу со средней тяжести течение включены 16 (48%) больных многоформной экссудативной эритемы старшего возраста, после 50 лет. Для этой группе больных характерны высыпание на слизистой оболочки полости рта и на коже.

В третью группы тяжелой формы экссудативной эритемы, мы включим синдром Стивенса – Джонсона положительной характеризующийся высокой (до 40°C)



температурой в сочетании суставными болями. Всем наблюдаемым больным в клинике были произведены рентгенологическими обследования по поводу выявления очагов одонтогенной инфекции. У 23/59,4 % больных были выявлены очаги хронического воспаления в периодонте, а также множественные кариозные поражения зубов (от 3 до 6 и более), у 11 (26,4%) нами были выявлены те или иные очаги хронического воспаления с той или иной локализацией (тонзиллиты, пародонтоз, гайморит и др.) Вышеуказанные все степени больных проводили местные и общее лечение.

Таким образом приведенные лечения больных с тяжелой и часть средней формами МЭЭ в условиях стационара убедительно показывает целесообразность и необходимость госпитализации таких больных.

На основании вышеизложенного можно прийти к заключению, что комплексное лечение всех форм многоформной экссудативной с применением антибиотиков широкого спектра действия, десенсибилизирующие средства, антигистаминные препараты, а при тяжелой формы заболевания назначение гемодез или полиглокин вместе с витаминами С и кортикостероидов, иммуномодуляторы и физиотерапевтических процедуры (лазеротерапия, КУФ и ингаляции) дает эффективное лечение.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Ахмедов И.И., Камалова Ф.Р.

*Кафедра Детской стоматологии Бухарского государственного
медицинского института*

В настоящее время одонтогенным воспалительным заболеваниям (ВЗ) челюстно-лицевой области (ЧЛО) посвящено значительное количество работ, но несмотря на



увеличение объема профилактических и лечебных процедур, они продолжают занимать значительное место в хирургической практике. Одонтогенные ВЗ ЧЛО часто встречаются в детском возрасте.

По данным ряда исследователей, ВЗ ЧЛО составляют до 22% всех хирургических и 52% стоматологических заболеваний в детском возрасте. В 80-90% случаев инфекция имеет одонтогенную этиологию. Распространение происходит из апикальных очагов при наличии у больного обострения хронического периодонтита, перикоронорита, альвеолита и т.д. Наряду с вышеперечисленными источниками причинами воспаления могут являться заболевания слизистой оболочки полости рта (СОПР), носа, верхнечелюстных пазух, а также кожи лица, шеи, в редких случаях конъюнктивы глаз. Не стоит забывать, что ЧЛО и шея являются сложными зонами в анатомо-топографическом отношении, это обусловлено близостью таких жизненно-важных органов, как трахея, пищевод, щитовидная железа, сосудисто-нервные пучки, а также имеются иммунобиологические особенности зоны повреждения: разветвленность лимфатического аппарата, близость головного мозга, наличие клетчаточных пространств.

Диссеминация микроорганизмов при локализации воспалительного очага в области лица и шеи обусловлена тем, что вены лица и шеи не имеют клапанов и образуют многочисленные анастомозы с внутричерепными сосудами.

На сегодняшний день статистические данные показывают, что осложненное течение ВЗ ЧЛО часто встречается в детском возрасте.

Осложнения ВЗ ЧЛО у детей - одонтогенные флегмоны, такие как сепсис, тромбофлебит лицевых вен, внутричерепные воспалительные процессы, зачастую



характеризуются ярко выраженной клинической картиной, нарастающей интоксикацией, бурным началом и быстрым распространением на сложные анатомические области.

Течение одонтогенной инфекции у детей имеет ряд особенностей, обусловленных относительной незрелостью органов и тканей ребенка, несовершенством иммунитета, обильностью лимфатической ткани, возрастными особенностями формирования зубочелюстной системы, мягких тканей лица и анатомо-физиологическими особенностями детского организма: анатомическое строение корней молочных зубов, широкие и короткие каналы, наличие густой сети кровеносных сосудов и их анастомозов, что обуславливает быстрое распространение инфекции и приводит к таким тяжелым осложнениям, как острый остеомиелит, гибель зачатков постоянных зубов, различные деформации челюстей, флегмонозным воспалениям окружающих мягких тканей.

Учитывая значение и актуальность проблемы, мы в настоящей работе поставили перед собой **цель** - изучить частоту встречаемости абсцессов и флегмон различных локализаций ЧЛО у детей разного возраста.

Материалы и методы. Нами проведено исследование 3654 детей с ВЗ ЧЛО, лечившихся в Многопрофильном Медицинском Центре, за период с 2006-2016 гг. в отделении челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ).

Общая доля детей с одонтогенными ВЗ в отделении ЧЛХ составляет около 48%. Обследованы дети в возрасте от 6 до 15 лет, проживающие в городе и сельской местности. Из общего числа всех одонтогенных ВЗ составило: флегмоны и абсцессы – 1344, периоститы – 2200, заболевания слюнных желез – 96, лимфадениты – 403.

Для решения поставленной задачи были



проанализированы частота встречаемости флегмон. В большинстве случаев в нашей практике, мы сталкивались с флегмоной подчелюстной области, которая составила 65 % от общего числа наблюдений. Основной причиной её развития являлись хронические периодонтиты нижних IV–V зубов в стадии обострения. Флегмона щечной области наблюдалась в 7% случаев, подглазничной - в 18%, дна полости рта - 8% и другие локализации флегмон составили 2%. Частота участия зубов клинического течения в развитие флегмон изучены по историям болезней.

Анализ причин возникновения абсцессов и флегмон показал, что в 93,4% случаев были причиной- пораженные молочные IV-V нижние зубы и в 6,3% случаев- постоянные зубы. Важно отметить, что причиной гнойного воспаления могут быть одновременно IV-V зубы обеих челюстей.

По нашим наблюдениям такие случаи составили 10% от общего числа больных. У всех в день поступления при сборе анамнеза тщательно изучали жалобы (жалобы родителей), учитывали местные признаки воспалительного процесса, общую реакцию организма, перенесенные и сопутствующие заболевания, предшествующее лечение.

Учитывались следующие клинические признаки: местные – воспалительный инфильтрат, гиперемия кожи, увеличение лимфоузлов, подвижность и разрушение причинного зуба, выделение гноя из зубодесневого кармана, запах изо рта, инфильтрация переходной складки. Из общих признаков – слабость, недомогание, головная боль, возбуждённость, беспокойность, нарушение аппетита, боль в челюсти, в зубе, температура тела, ограниченное открывание рта и т.д.

Клиническое обследование включало сбор анамнеза, устанавливали, как давно разрушен зуб, проводилось ли



лечение до госпитализации, была ли наложена пломба. Проводили наружный осмотр, определяли локализацию воспалительного процесса в околочелюстных тканях и пальпацию измененных участков, обращая внимание на консистенцию припухлости и отека, также обращали внимание на ограничение движения нижней челюсти, болезненность при глотании, жевании. Учитывали состояние зубов, СОПР, КПУ+кп, клиническое состояние полости рта, степень разрушенности коронки, определяли распространенность флегмоны 2-х и более анатомических областей. По показаниям проводили рентгенологические исследования. Всем больным проводили общий анализ крови, мочи, по необходимости биохимические анализы крови.

Все больные после клинско-скопического осмотра хирурга-стоматолога и результатов лабораторного анализа крови были осмотрены анестезиологом для решения вопроса обезболивания. Как правило, дети не имели каких-либо противопоказаний к общему внутривенному обезболиванию. Всем детям проведено неотложное хирургическое вмешательство под премедикацией и внутривенным обезболиванием. После операции всем детям, учитывая возраст и вес ребенка, мы назначили антибиотики широкого спектра действия, гипосенсибилизирующие, иммуностимулирующие препараты и витаминотерапию.

Вывод: При лечении и диагностики абсцессов и флегмон у детей важно учитывать: более рыхлую подкожную жировую и межмышечную клетчатку, неполноценность тканевого барьера, способствующая распространению процесса на новые тканевые структуры. ЧЛО у детей более кровоснабжена, чем другие участки организма, сосуды более проницаемы, чувствительны к инфекциям. Также надо



учитывать, значительные болевые реакции ребенка, быстрое формирование и распространение гноя.

В связи с вышеперечисленным, необходимо совершенствование методики профилактики кариеса в детских учреждениях. Диспансеризация детей стоматологом должна начинаться с 1-2х лет и проводиться в сочетании с мероприятиями по профилактике кариеса и при обязательном динамическом наблюдении за детьми после лечения пульпита и периодонтита.



ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ШИЛЛИҚ ҚАВАТИ ЛЕЙКОПЛАКИЯНИНГ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Бабаева Н.М., Идиев Ғ.Э.

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти

Мавзуни долзарблиги. Клиник жиҳатдан ясси, варрикоз, эрозив-ярали лейкоплакия, чекувчилар лейкоплакияси (Топпейнер), лейкоплакияни содда ва юмшоқ шакллари фарқланади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати лейкоплакияси факултатив саратон олди ҳолатига тегишли бўлиб, малигнизация эҳтимоли ва частотаси даражаси яққол аниқланмаган ва турли тадқиқотларни натижаларига кўра, 12-35% оралиғида жойлашган. Шу сабаб, оғиз бўшлиғи лейкоплакияси ривожланишининг патогенетик хусусиятларини эрта босқичларини аниқлаш ва ўз вақтида муносиб даволашни амалга ошириш мазкур касалликнинг онкологик тус олишини олдини олишда катта аҳамият касб этади. Бугунги кунга қадар, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини ясси шакли лейкоплакиясини комплекс даволашда умумий ва маҳаллий озонотерапияни қўллаш билан боғлиқ тадқиқотлар ўтказилмаган.

Мазкур тадқиқотнинг **мақсади** оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини ясси шакли лейкоплакияси бўлган беморларни умумий ва маҳаллий озонотерапияни қўллаш орқали даволаш самарадорлигини ошириш ҳисобланади.

Материаллар ва услублар. Иккала жинсга мансуб 30-60 ёшдаги ясси лейкоплакияси мавжуд бўлган 20 нафар бемор текширилди. Текширувлар таҳлилий маълумотлардан бошланди. Беморларнинг ёши, касби, ёмон одатлари, мавжуд сурункали касалликлари, ирсий юки, маиший шароитлари, гигиеник мақоми (тишларини тозалайдими, тез



тез тозалайдими, қай услубда тозалайди), касаллик анамнези (касалликнинг илк белгилари қачон ва неча ёшида пайдо бўлгани, касаллик юзага келиши сабаблари, касалликни илк белгиларида шифокорга мурожаат қилгани, агар мурожаат қилган бўлса, даволашнинг қайси турлари қўлланигани ва қайси бири самарали бўлгани).

Тадқиқотлар натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Ўтказилган даволашдан кейин асосий гуруҳда наъматак мойи билан озонтерапиядан кейинги 2-3 кунга келиб, текширувдаги беморларни ярмида шиш ва ачишиш ҳисси кетгани маълум бўлди. Шу вақтни ичида анъанавий даволаш турини олаётган назорат гуруҳида шиллиқ қаватдаги шиш ва ачишиш ҳисси сақланиб турган. Кузатувларнинг 15-30 кунига келиб, тил билан оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида сезиладиган кулранг бляшкалар, 6 ойдан кейин эса тортишишлар, дискомфорт йўқолди. Бу ҳолат оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини ясси шакли лейкоплакияси бўлган беморларни анъанавий даволашга нисбатан, наъматакни озонлантирилган мойини қўллашнинг ижобий таъсиридан дарак беради.

Лейкоплакияси мавжуд беморларни оғиз бўшлиғида иммун танқислиги аниқланган. Лизоцим титри фагоцитоз кўрсаткичи $45,80 \pm 1,11$ мг% ни ташкил қилди, меъёрда $57,20 \pm 1,23$ мг %, s Zg даражаси А - $1,51 \pm 0,03$, бу эса меъёрдан 1,2-2 баробар паст. Озонтерапия билан даволашнинг 15 кунига оғиз бўшлиғини ҳимоявий омиллари фаоллашишни бошлади. Сўлак лизоцими титри $20,32 \pm 0,49$ мг% ни ташкил қилди (меъёрда $19,11 \pm 0,60$ мг%), даволашгача $12,31 \pm 0,32$ мг%. Сўлак нейтрофилларининг фагоцитар фаоллиги $55,02 \pm 1,25\%$ (меъёрда $57,20 \pm 1,23\%$) даволашгача $45,80 \pm 1,11$ бўлган, s Zg А даражаси (меъёрда $3,01 \pm 0,11\%$), даволашгача - $1,51 \pm 0,03$ бўлган.



Хулоса. Шу тариқа, ясси шакли лейкоплакияни анъанавий даволаш комплексига озонтерапиянинг киритилиши (вена ичи ва маҳаллий) оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг клиник ҳолати яхшиланишига ва оғиз бўшлиғини маҳаллий ҳимоясини носпецифик омилларининг фаоллашишига олиб келди, даволаш самараси даволашдан кейинги 6 ой давомида сақланиб қолган.

ВОЗБУДИТЕЛИ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В ПОЛОСТИ РТА КРИТИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОТОКОЛАХ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА.

Байкулова М.Д., Разумова С.Н.

*Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
медицинского института «Российского университета дружбы
народов имени Патриса Лумумбы»*

Научный руководитель д.м.н., профессор Разумова С.Н.

Аннотация

Цель исследования: изучить влияние различных протоколов гигиены полости рта критических пациентов на возбудителей нозокомиальной пневмонии в полости рта.

Материалы и методы: проведено клиническое исследование с применением традиционного протокола обработки полости рта критических пациентов в условиях реанимации и интенсивной терапии с использованием хлоргексидина (n=10) и нового протокола обработки полости рта с использованием специализированных наборов и антисептика на основе водного раствора электрохимически активированных оксидантов (n=10). Проводился отбор проб до и после проведения гигиены полости рта на 1,2 и 5 дни пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии.



Результаты: В период «После обработки, 1 день» выявлены достоверные различия в снижении возбудителя нозокомиальной пневмонии «*Pseudomonas aeruginosa*» в группе 2 (новый протокол) до 0,00 (0,00; 3,00) по отношению к группе 1 (традиционный протокол) – 3,00 (0,50; 16,50), ($P = 0,0022$). В период «До обработки, 2 день» выявлены достоверные различия в снижении «*Pseudomonas aeruginosa*» в группе 2 (новый протокол) до 1,50 (0,00; 17,00) по отношению к группе 1 (традиционный протокол) 11,00 (3,00; 44,50), ($P = 0,0081$). В период «До обработки, 5 день» выявлены достоверные различия в снижении возбудителя нозокомиальной пневмонии «*Pseudomonas aeruginosa*» в группе 2 (новый протокол) 2,50 (0,00; 26,25) по отношению к 1 группе (традиционный протокол) 16,00 (5,00; 86,50), ($P = 0,0016$).

Выводы: В исследуемых группах установлен достоверный рост возбудителя «*Pseudomonas aeruginosa*» в группе 1 (традиционный протокол) и отсутствие роста показателя в группе 2 (новый протокол), что подтверждает эффективность предлагаемого протокола гигиены тяжелобольных пациентов ($P = 0,0016$).

Ключевые слова: уход за полостью рта, здоровье полости рта, критические пациенты, микробиота полости рта, искусственная вентиляция легких.

БОЛАЛАРДА ГИНГИВИТЛАРНИ ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

*Бободустов Улуғбек Кенжа ўғли, Саидов Акбар Аҳадович
Бухоро давлат тиббиёт институти*

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 сенсбилизацияси ва интоксикацияси кўмаклашади (Грудянов А.И. 2006, Гаража Н.Н. 2008).

Олимларнинг охириги йиллардаги тадқиқотлари наъматақ, 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 81 нафари (60%), ортодонтик даволаниш босқичида бўлган. Сурункали катарал гингивит ташҳиси клиник кўриқ 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 анъанавий даволанган 6 нафар беморда оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати қуруқлашиши, 3 нафар беморда эса тишлар ва пломба юзаларининг жигар ранга бўялганлиги кузатилган. Пародонтал индекслар динамикаси қуйидаги жадвалда келтирилган.

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.



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Болтаева Мафтуна Муминовна
e-mail: lolahalimovna8@gmail.com

*Бухарский государственный медицинский институт имени
Абу Али ибн Сино*

Актуальность темы. 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 хронической сердечной недостаточностью (ХСН), 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 ХСН, отсутствие у них ХООИ благоприятно сказывается на эффективности лечения соматической патологии, а также положительно влияет на качество жизни таких больных (Г.М. Барер и соавт., 1989; А.В. Алимский, 2000; Г.Т. Арьева, А.Л. Арьев, 2011; Б.Г. Алиханов, И.Б. Салманов и соавт., 2015).



Цель исследования. Изучить частоту встречаемости, особенности клинического течения и повысить эффективность лечения основных стоматологических заболеваний у взрослых людей при хронической сердечной недостаточности. Установлены особенности стоматологического статуса у больных, страдающих ХСН. Показано, что у людей, страдающих ХСН, при удовлетворительном уровне стоматологической помощи, возрастает частота встречаемости некариозных поражений и нуждаемость в протезировании зубов, а существенных различий в состоянии тканей пародонта, встречаемости заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) и нуждаемости в лечении зубов, по сравнению со здоровыми лицами этой же возрастной группы, не установлено. У лиц, страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН), независимо от проведения программного лечения, отмечен недостаточный уровень стоматологической помощи, резкое увеличение некариозных поражений зубов до 40,8-43,9%, нуждаемости в лечении и протезировании зубов до 85,7%-90,2% и 93,9%-95,1%, соответственно, а также интенсивности течения кариозного процесса до 15,9- 18,7, при этом у них были хуже основные показатели пародонтологического статуса, чем у лиц контрольной группы и тяжелые формы хронического генерализованного пародонтита.

На основании проведённого исследования определены основные показатели стоматологической заболеваемости людей, страдающих ХСН. Отмечено, что по сравнению со здоровыми людьми аналогичного возраста, у таких пациентов ухудшаются показатели стоматологического здоровья, что обуславливает высокие показатели их нуждаемости в стоматологических лечебно-



профилактических и реабилитационных мероприятиях. Установлено, что у взрослых людей, страдающих ХСН, на фоне общего понижение уровня минерализации эмали и дентина зубов, отмечено снижение содержания основных макроэлементов (кальций и фосфор) и Ca/P-коэффициента эмали зубов по сравнению с лицами контрольной группы, что свидетельствует о снижении резистентности твёрдых тканей зубов. Выявлены закономерности в функционировании слизистой оболочки полости рта у пациентов, страдающих ХСН. Показано, что при нарушении почечной функции, независимо от проведения программного гемодиализа, у пациентов достоверно повышены пороги болевой чувствительности слизистой оболочки полости рта, электрогустометрии и вкусовой чувствительности языка, а также отмечаются выраженные нарушения функциональной мобильности вкусовых рецепторов языка, что необходимо учитывать при проведении стоматологических лечебно-профилактических мероприятий и зубного протезирования. Разработана методика оказания стоматологической помощи больным, страдающим ХСН, которая подразумевает проведение стоматологических лечебно-профилактических мероприятий по санации полости рта, включая профессиональную гигиену полости рта и реминерализующую терапию, два раза в год, при общем и местном применении биокорректоров питания, изготовленных из морских водорослей, хвои сосны и ели, что позволило повысить эффективность лечения кариеса, 10 некариозных поражений зубов, а также патологии пародонта и СОПР при благоприятном влиянии на состояние мукозального иммунитета таких больных.

Выводы:

1. У людей, страдающих хронической сердечной



недостаточностью, ухудшаются показатели стоматологического здоровья, что обуславливает высокие показатели их нуждаемости в стоматологических лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятиях.

2. При хронической почечной недостаточности, независимо от проведения программного гемодиализа, повышаются пороги эстеziометрии, электрогустометрии и отмечаются выраженные нарушения чувствительности и функциональной мобильности вкусовых рецепторов языка.

ФОРМА ПОПЕРЕЧНОГО СЕЧЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ В АПИКАЛЬНОЙ ТРЕТИ ПО ДАННЫМ КЛКТ

Разумова С.Н., Браго А.С.

*Кафедра пропедевтики стоматологических заболеваний
медицинского института «Российского университета дружбы
народов имени Патриса Лумумбы»*

Научный руководитель д.м.н., профессор Разумова С.Н.

Аннотация

Цель исследования: Изучить по данным конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) особенности формы поперечного сечения корневого канала на уровне апикальной трети.

Материалы и методы: проведен анализ изображений КЛКТ 500 пациентов. Форма поперечного сечения определялась в горизонтальной плоскости в области апекса на интактных зубах.

Результаты: На верхней челюсти овальную форму в апикальной трети корневого КК имеют клыки в 100% (357), премоляры в 30,9% (189), моляры в 25,4% (135) в щечно-медиальном корне и в 17,1% (91) в щечно-дистальном. Щелевидная форма КК определялась в 14,9% (91) в



премолярах и в 70,5% (374) в щечно-медиальном корне моляра. На нижней челюсти овальную форму в апикальной трети КК имеют резцы в 99,2% (n=948), клыки в 100% (n=456), премоляры в 29,4% (n=196), моляры в 94,8% (n=472). Щелевидная форма КК определялась в резцах 0,8% (n=8), в премолярах 6,6% (n=44), в молярах: в дистальном корне 8,8% (n=44) и в медиальном 95,8% (n=477).

Выводы: Высокий процент частоты встречаемости каналов овальной и щелевидной формы в области апекса, является проблемой при их обработке и obturации, что требует пересмотра соответствующих протоколов и дальнейшего изучения вопроса.

Ключевые слова: поперечное сечение корневого канала, апикальная треть канала, анатомия эндодонта, КЛКТ.

THE CROSS-SECTION OF THE ROOT CANALS IN THE APICAL PART ACCORDING TO CBCT DATA

Razumova Svetlana¹, Brago Anzhela¹,

¹Department of Propaedeutics of Dental Diseases, Medical Institute, «Peoples' Friendship University of Russia», Moscow.

Summary

The purpose: To study the cross-section shape of the root canal at the apical third according to cone beam computed tomography (CBCT). Materials and methods: the CBCT images of 500 patients were analyzed. The shape of the cross-section was determined in the horizontal plane in the apex area on intact teeth. Results: upper jaw canines have an oval shape in the apical third of the root canal in 100% (357) cases, premolars have in 30.9% (189), molars have in 25.4% (135) in the buccal-medial root and in 17.1% (91) in the buccal-distal. The ribbon root canals were detected in 14.9% (91) of the premolars and in 70.5% (374) of the media-buccal of the molar. Lower jaw incisors have an oval shape



in the apical part in 99.2% (n=948) cases, canines have 100% (n=456), premolars have 29.4% (n=196), molars have 94.8% (n=472) cases. The ribbon – shaped canal were detected in the incisors of 0.8% (n=8), in the premolars of 6.6% (n=44), in the molars: in the distal root of 8.8% (n=44) and in the medial 95.8% (n=477). Conclusions: The high frequency of oval and ribbon-shaped canals in the apex area is a problem in their processing and obturation, which requires a revision of the relevant protocols and further study of the issue.

Keywords: cross-section of root canal, apical part of the canal, endodontic anatomy, CBCT.

Планирование эндодонтического лечения и прогнозирование его результатов для принятия верной стратегии лечения невозможно без дополнительных методов обследования, и в частности, конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) (Батюков Н.М., 2015) [1]. Обычные рентгенограммы, используемые для диагностических целей, могут дать информацию о периапикальном статусе и анатомии корневых каналов (КК), но представляют собой двухмерные изображения и не способны предоставить достаточно сведений о внутреннем его строении (Петровская В.В., 2019) [2].

Препарирование и обработка апикальной части КК и апикального отверстия были темой многочисленных исследований (Mohammadi, Z., 2017; Shrestha, S., 2018; Hartmann, R.C., 2018; Fornari, V. J., 2020; Lima, C. O., 2020) [3,4,5,6,7].

Различные варианты морфологии КК требуют различных методов механической и медикаментозной обработки и obturации КК. Каналы могут иметь различные формы в поперечном сечении, круглую, овальную, щелевидную. Препарирование овальных и щелевидных КК



круглыми инструментами не может обеспечить в конечном результате его круглую форму, и потенциально может привести к осложнениям при эндодонтическом лечении (Siqueira Junior, J. F., 2018; Espir, C. G., 2018; Zuolo, M. L., 2018; Kfir, A., 2018; Xavier, S.R., 2021) [8,9,10,11].

Чаще всего применяемые инструменты создают круглую форму КК, оставляя перешейки, сужения неподготовленными и заполненными смазанным слоем и дебрисом. Активация ирригации с помощью ультразвука может лучше очищать латеральные и дополнительные КК (Wiesse P., 2018; de Oliveira R. L., 2019; Ozlek E., 2021) [12,13,14].

Если конусность инструмента, используемого для очистки и придания формы КК, не соответствует конусности КК, то цель механической подготовки не будет достигнута. Если инструмент имеет чрезмерную конусность, это приведет к чрезмерному удалению перицервикального дентина и ослаблению структуры зуба, и в то же время, инструмент не сможет эффективно очистить апикальную треть КК (Plotino G., 2019; Pereira T. C., 2021;) [15,16].

Будут ли надлежащим образом очищены стенки КК зависит от ряда факторов, таких как морфология, толщина его стенок, конусность, тип используемого инструмента и его размер. Среди всех этих факторов морфология КК может считаться наиболее важной, поскольку выбор методики препарирования и инструмента определяется его формой. Очень трудно адекватно очистить КК только с помощью инструментов, что повышает важность правильного выбора раствора для ирригации.

Форма поперечного сечения КК часто отличается от идеального круга. КК зубов имеют различные формы поперечного сечения: круглые, овальные, длинные овальные, щелевидные и С-образные. В 2000 году Wu et al. [17]



определили длинные овальные КК, как КК с длинным диаметром, который по крайней мере вдвое больше их короткого диаметра. Они обнаружили, что длинные овальные КК относительно распространены, даже на уровне 5 мм от апекса и встречаются как минимум в 25% зубов. В резцах нижней челюсти процент длинных овальных КК превышал 50% на уровне 2-5 мм от вершины.

Marceliano-Alves MF, de Lima CO (2018) [18] изучили анатомию однокорневых нижнечелюстных клыков с использованием микрокомпьютерной томографии (микро-КТ). Авторы сделали вывод, что морфология корневого канала однокорневых клыков сильно различалась на разных уровнях корня.

В 2019 году Kacharaju et al. [19] изучали морфологию КК премоляров нижней челюсти у Малазийского населения. Исследование проведено на удаленных зубах и по результатам выявлено, что в области устья овальная форма выявлена в 52%, круглая в 1% и нерегулярная в 46%. В средней трети КК овальная форма выявлена в 36% случаев, круглая в 21% случаев, нерегулярная в 30% случаев, щелевидная с перешейком в 7% случаев и щелевидная без перешейка в 6% случаев. В апикальной трети форма КК изменялась и в 22% выявлена овальная форма, в 37% круглая, в 25% нерегулярная, в 8% щелевидная с перешейком и в 8% щелевидная без перешейка.

В 2019 году в Китае Hu et al. [20] изучали по КЛКТ анатомию и морфологию вторых премоляров на верхней челюсти в возрастном аспекте. В исследование было включено 4 основные возрастные группы: ≤ 20 , 21-40, 41-60 и > 60 лет. По результатам исследования выявлено: в большинстве групп щелевидная форма в 57,8% случаев и овальная форма в 31,3%. Исследователи пришли к выводу,



что с возрастом процент круглой формы КК удваивался

Bueno MR, Estrela C, (2020) [21] провели исследования формы поперечного сечения корневых каналов на трех уровнях: корональном, срединном и апикальном, используя специальную программу для КЛКТ, которая позволила улучшить визуализацию формы каналов. Авторы пришли к выводу, что в постоянных зубах человека поперечное сечение каналов варьируются в зависимости от группы зубов и трети корня. Наибольшая частота канала круглой формы на расстоянии 1 и 2 мм от апикального отверстия была обнаружена в центральных резцах верхней челюсти и первом и втором премолярах нижней челюсти. Каналы овальной формы были обнаружены практически во всех группах зубов и третях корней. И если визуализация канала в области устья с использованием современной оптики достаточна для определения формы канала, то понимание формы поперечного сечения КК в области апекса невозможно без КЛКТ диагностики.

Разумовой С.Н. и соавт. (2020) была предложена послойная классификация формы поперечного сечения КК. Анализ формы поперечного сечения КК и его изменения позволил установить каналы с неизменяющейся (постоянной) и изменяющейся формой. Изменение формы КК возможно в средней трети, в апикальной, а также и в средней, и в апикальной. Наиболее вариабельная форма КК определяется в апикальной части. Изменение формы КК в апикальной части на овальную или щелевидную, делает проблематичным обработку этой части КК круглым инструментом [22].

Цель

Изучить по данным конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) особенности формы поперечного сечения корневого канала на апикальном уровне.



Материалы и методы

Анализ формы поперечного сечения КК был проведен по изображениям КЛКТ 500 пациентов в возрасте от 30 до 40 лет. В исследование включались только интактные зубы. При определении формы КК использовали термины: округлую – близкую по форме к кругу, овальную – при поперечном размере меньше продольного в два раза и щелевидную – продольный размер больше поперечного более чем в 2 раза. Щелевидные каналы описывали по классификации Ким и соавт. [23] С-образные каналы описывали как щелевидные. Проанализирована форма поперечного сечения апикальной трети КК всех групп зубов. С-образный КК описывался как щелевидный по классификации Ким [23], включающий пять типов: щелевидный 1 типа - неполный перешеек; слабое сообщение между двумя КК; щелевидный 2 типа характеризуется двумя КК с определенным соединением между ними (полный перешеек); щелевидный 3 типа - очень короткий, полный перешеек между двумя КК; щелевидный тип 4-полный или неполный перешеек между тремя или более КК; щелевидный 5 типа 5 - два или три отверстия КК без видимых соединений между ними. Для многокорневых зубов, форма КК была изучена для каждого корня отдельно.

Полученные в ходе исследования данные были проанализированы с помощью методов математической статистики, реализованных в комплексе компьютерных программ STATISTICA 6.0 StatSoft Inc. (операционная система Windows).

Результаты

Изучение поперечного сечения КК апикальной трети показало, что форма не постоянна и варьирует в зависимости от групповой принадлежности зуба. Данные представлены в



таблице 1. При анализе зубов фронтальной группы установлено, что форма центральных и боковых резцов на верхней челюсти у 100% (n=770) округлая на всем его протяжении. Для клыков верхней челюсти характерна овальная форма поперечного сечения КК в 100% (n=357), которая сохраняется на всем протяжении до апекса.

Анализ формы КК первого и второго двухкорневого премоляра на верхней челюсти показал, что в области апикальной трети установлена округлая форма. В однокорневых премолярах верхней челюсти в и апикальной трети определена овальная форма и щелевидная 1 типа и 5 типа по Ким.

Таблица 1.

Поперечное сечение корневых каналов в апикальной трети верхней челюсти

Зубы верхней челюсти	Количество зубов, N	Форма канала %		
		Округлая %	Овальная %	Щелевидная %
Резцы	770	100,0	0,0	0,0
Клыки	357	0,0	100,0%	0,0
Премоляры	611	54,2	30,9	14,9
Небный P		100,0	0,0	0,0
Щечно-мезиальный	531	4,1	25,4	70,5
Моляры				
МВ				
Щечно-дистальный		82,9	17,1	0,0
ДВ				

В молярах верхней челюсти форму поперечного сечения небного КК в апексе в 100% (n=531) можно описать как близкую к круглой. В мезиально-щечном корне в области апекса определена только овальная или округлая формы. Для дистально-щечного КК характерна меньшая вариабельность поперечного сечения КК. Форма КК на всем протяжении от



устья до апекса в 82,9% (n=440) случаев округлая и в 17,1% (n=91) овальная форма.

Для центральных и боковых резцов нижней челюсти характерна овальная форма КК в апикальной трети в 99 % (n=956). Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Поперечное сечение корневых каналов в апикальной трети нижней челюсти

Зубы верхней челюсти	Количество зубов, N	Форма канала		
		Округлая %	Овальная %	Щелевидная %
Резцы	956	0,0	99,2	0,8
Клыки	456	0,0	100,0	0,0
Премоляры	656	64,0	29,4	6,6
Моляры	498	0,6	90,6	8,8
	Дистальный			
	Мезиальный	0,0	4,2	95,8

В клыках в апексе в 100% (n=456) случаев установлена овальная форма поперечного сечения КК.

В премолярах нижней челюсти в апикальной трети форма поперечного сечения менялась на округлую в 64,0% (n=426), щелевидную 6,6% (n=43) и овальную в 29,4% (n=196) случаев.

Форма дистального КК моляров нижней челюсти имеет овальную 90,6% (n=451) или щелевидную форму 1-го и 5-го типов в 8,8% (n=44) случаев, округлая в 0,6% (n=3) случаев. В мезиальном корне определялись щелевидные КК 5-го типа в 95,8% (n=477) и овальные в 4,2 % (n=21)

Обсуждение

Изменение формы КК в апикальной части на овальную или щелевидную, делает проблематичным обработку этой части КК круглым инструментом.

Bueno MR, Estrela C, et al. (2020) также отметили каналы



овальной формы практически во всех группах зубов и третях корней [21]. Высокий процент КК овальной и щелевидной формы на верхней и нижней челюсти особенно в области апекса, затрудняет проведение качественной инструментальной обработки круглым инструментом [23].

Планирование эндодонтического лечения и протокола обработки должно быть основано на точном знании анатомии эндодонта. Выбор инструмента и техники препарирования канала определит эффективность и правильность проведения данного этапа, а значит и благоприятный прогноз лечения [24]. Знание морфологии КК и ее вариаций является основным требованием к эндодонтическому успеху [24].

Различные варианты морфологии КК требуют различных методов подготовки и obturации КК. Каналы могут иметь различные формы в поперечном сечении, круглую, овальную, щелевидную. Препарирование овальных и щелевидных КК круглыми инструментами не может обеспечить в конечном результате его круглую форму, и потенциально может привести к осложнениям при эндодонтическом лечении [12, 13,14, 15, 16,17,18,25,26,27].

Выводы

Высокий процент частоты встречаемости каналов овальной и щелевидной формы в области апекса, является проблемой при их обработке и obturации, что требует пересмотра соответствующих протоколов и дальнейшего изучения вопроса.



МИКРОБИОТИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПРИ ГИПЕРКЕРАТОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА: ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТАВА

*Гордеева В.А., Кулик И.В., Рубежов А.Л., Михайлова Е.С.,
Лордкипанидзе М.В.*

*Гордеева Вера Анатольевна, к.м.н, доцент кафедры
клинической стоматологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.
Мечникова» Минздрава РФ*

*Кулик Инга Владимировна, к.м.н, доцент кафедры
стоматологии общей практики ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.
Мечникова» Минздрава РФ*

*Рубежов Александр Леонидович, к.м.н, доцент, зав.кафедрой
клинической стоматологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.
Мечникова» Минздрава РФ*

*Михайлова Екатерина Станиславовна, д.м.н., доцент
кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Санкт-
Петербургский государственный университет»*

*Лордкипанидзе Мария Владимировна, врач-стоматолог ООО
«Клиника Классика»*

Актуальность. Заболевания, сопровождающиеся гиперкератотическими изменениями, являются одними из наиболее распространенных поражений слизистой оболочки рта (СОР), частота встречаемости которых достигает 35% от общего числа заболеваний СОР у пациентов в возрасте старше 35 лет. Все нозологические формы гиперкератотических поражений обладают потенциальной способностью к малигнизации, причем длительность и возможность такой трансформации индивидуальна и во многом зависит от большого числа факторов, что говорит о необходимости оптимизации процесса диагностики и лечения с целью



уменьшения случаев малигнизации процесса.

Полость рта (ПР) представляет собой биологическую среду, в которой микроорганизмы, поддерживая баланс, непрерывно взаимодействуют друг с другом и эпителием слизистой оболочки. В полости рта идентифицировано более 700 различных видов бактерий, и в последующие годы их будет обнаружено еще больше благодаря постоянно развивающимся технологиям. Оральный микробиом играет ключевую роль в развитии заболеваний полости рта, так же некоторые микроорганизмы, такие как *F.nucleatum*, *P.gingivalis* и виды *Streptococcus*, обладают как свойством провоцирования появления злокачественных опухолей, так и способствуют их прогрессированию.

Исследования доказали связь между поражениями, сопровождающимися гиперкератотическими изменениями и составом микробиоты полости рта. В исследовании был проведен микробиологический анализ мазка с участка гиперкератотического поражения и видимо здоровой слизистой оболочки, противоположной стороны, а также использованы данные опубликованных ранее исследований.

Изучение и понимание состава, разнообразия и функционирования микробиома может дать ценную информацию о механизмах заболеваний СОР, оценке рисков и разработке новых стратегий лечения и поддержания здоровья СОР.

Цель исследования. Изучить состав микробиоты ПР у пациентов с гиперкератотическими поражениями слизистой оболочки рта.

Материалы и методы. Для исследования были отобраны 30 человек в возрасте от 45 до 70 лет с гиперкератотическими поражениями слизистой оболочки полости рта: 18 пациентов с реактивным гиперкератозом и 12



пациентов с лейкоплакией, вызванной как травматическими факторами, так и курением.

Для исследования микробиома использован метод бактериологического исследования мазка с участка гиперкератоза и видимо здоровой слизистой оболочки с противоположной от области поражения стороны. Дополнительно проведено измерение уровня рН специализированными диагностическими тест-полосками с тех же участков.

Результаты. У пациентов с гиперкератотическими поражениями СОР были выявлены различия состава микрофлоры на участке поражения и клинически здоровой слизистой оболочки у одного пациента. В результате бактериологического исследования мазков со стороны поражения выявлен обильный рост колоний таких микроорганизмов, как *Streptococcus mitis* и *oralis*, *Candida albicans*, *Neisseria flava*, *Rothia mucilaginosa*, *Haemophilus parainfluenzae*, а также анаэробных микроорганизмов *Veillonella* различных видов. Это те виды бактерий, которые в норме являются условно-патогенными, но при определенных условиях могут стимулировать процесс канцерогенеза. Кроме того, согласно проведенному исследованию, более 90% выделенных микроорганизмов являются гетеро- и гомоферментативными кислотопродуцентами. Такая способность микроорганизмов, вероятно, играет роль и в изменении уровня рН полости рта. При измерении уровня водородного показателя кислотности ротовой жидкости у всех пациентов наблюдалось смещение в кислую сторону.

Также следует акцентировать внимание на том, что состав микробиоты полости рта у курящих пациентов отличался снижением качественного и количественного состава как нормальной, так и патогенной флоры.



Вывод. Исходя из полученных результатов, с целью повышения эффективности лечения, можно рекомендовать введение в алгоритм диагностики пациентам с гиперкератотическими поражениями СОР проведение микробиологического исследования.

OLIB QO'YILADIGAN TISH PROTEZLARI MAVJUD OG'IZ BO'SHLIG'IDA PARODONT TO'QIMALARINING ASORATLANISHINING OLDINI OLISHDA MAKRO - VA MIKROELEMENTLARNING O'RNI

*G'ayrat Elmirodovich Idiyev, Maxsuda Maxsudovna Tuxtayeva
Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston*

Mavzuning dolzarbligi: Butunjahon Sog'liqni saqlash tashkiloti (BJSST)ning ma'lumotlariga ko'ra og'iz bo'shlig'ida eng keng tarqalgan kasalliklar tishlar kariesi, parodontit (milklar kasalligi), og'iz bo'shlig'i saratoni, og'iz bo'shlig'ida infektsiya kasalliklari, jarohatlar va tug'ma patologiyalar hisoblanadi. Butun dunyoda maktab yoshidagi 60-90% bolalarda va katta insonlarning deyarli 100% ida tish kariesi mavjud, u esa ko'pincha og'riq va noqulayliklarga olib keladi. Tishlar tushishiga olib kelishi mumkin bo'lgan og'ir parodontit (milk kasalliklari) o'rta (35-44) yoshli insonlarning 15-20% ida aniqlanadi. Tishlar tushishining asosiy sabablari karies asoratlari va parodontit hisoblanadi. Tishlarning to'liq yo'qotilishi keng tarqalgan bo'lib ayniqsa keksa yoshli insonlar orasida bu ko'rsatkich yuqori. Olib qo'yiladigan tish protezlari parodont to'qimalariga doimiy mexanik va biologik ta'sir ko'rsatishi mumkin. Bu holat protezlarning noto'g'ri tanlanishi yoki parvarishi natijasida to'qimalarda yallig'lanish, atrofiya va boshqa asoratlarga olib keladi. Shuning uchun og'iz bo'shlig'ining sog'lom gigienik holatini saqlash va parodont



to'qimalarini mustahkamlashda makro va mikroelementlar muhim ahamiyatga ega. Makro- va mikroelementlarning ahamiyati: kaltsiy, fosfor va magniy singari makroelementlar suyak to'qimalarining mustahkamligini ta'minlaydi. Tsink, ftor, selen, marganes va boshqa mikroelementlar yallig'lanish jarayonlarini cheklash va to'qimalarning qayta tiklanishini tezlashtiradi. Bu elementlarning etishmasligi parodont to'qimalarida distrofik o'zgarishlarga olib kelishi mumkin.

Tadqiqotning maqsadi: olinadigan tish protezlaridan keyingi rivojlanadigan o'choqli parodontitlarda kelib chiqadigan o'zgarishlarni kompleks davolashni takomillashtirishdan iborat.

Tadqiqot materiallari va usullari: ushbu maqsadga erishish uchun mahalliy periodontit tashxisi qo'yilgan 120 bemorning klinik materiali ishlatilgan. Dastlabki ma'lumotlarni kompyuterga kiritish uchun uni keyinchalik statistik qayta ishlash maqsadida bemorlar uchun kasallikning natijasi va kechishi bilan bog'liq klinik ko'rsatkichlarni o'z ichiga olgan maxsus kodlash tekshiruv kartasi ishlab chiqilgan.

Tadqiqot natijalari: ilmiy-tadqiqot ishida foydalanilgan zamonaviy, bir-birini to'ldiruvchi stomatologik, klinik-funksional, laborator va statistik usullar qo'llanilganligi, etarli miqdordagi olinadigan tish protezlaridan keyingi rivojlanadigan o'choqli parodontit mavjud bemorlarning olinganligi, keltirilgan natijalarning nazariy hamda amaliy jihatdan tasdiqlanganligi, ularning Vatandosh va xorijiy tadqiqotchilar tomonidan olingan ma'lumotlar bo'yicha qiyoslaganda ishonchliligi, keltirilgan xulosalarning asoslanganligi, shuningdek vakolatli tashkilotlar tomonidan tasdiqlanganligi bilan asoslangan.

Xulosa: Tishlarning uzoq muddat bo'lmasligi ortidan turli xil funksional va morfologik buzilishlarni olib keladi. Parodont to'qimalariga yuklanish xarakteri o'zgaradi, chaynash mushaklarining bioelektrik faolligi kamayadi, yangi turdagi



chaynash yuzaga keladi. Bu chakka-pastki jag' bo'g'imida va yuz-jag' tizimi suyak to'qimalarida atrofiyali o'zgarishlarni hosil qiladi. Yuqori jag'da vestibulyar yuza atrofiyasi ustunlik qiladi, bu vaqtda pastki jag'da til yuzasida katta atrofiya kuzatiladi. Natijada yuqori jag'da alveolyar yoy hajmida kichrayadi, pastki jag'da esa kattalashadi. Parodont to'qimalarining asoratlanishini oldini olishda makro- va mikroelementlar hal qiluvchi ahamiyatga ega. Olib qo'yiladigan tish protezlari qo'llanilayotganda bu elementlar bilan boyitilgan ovqatlanish hamda to'g'ri gigiyena choralarini ko'rish parodontning uzoq muddatli sog'lomligini ta'minlaydi.

ЧАСТОТА РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОТКОЙ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ В ДОШКОЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Кадиров Ф.Ф., Камалова Ф.Р.

Бухарский государственный медицинский институт

Кафедра детской стоматологии

Актуальность: Короткая уздечка языка у детей встречается с частотой 1 случай на 1000 новорождённых. Короткая уздечка языка может вызвать у ребенка хроническую травму тканей периодонта, функциональные нарушения - трудности сосания, глотание, неправильное произношение звуков. Короткая уздечка языка чаще встречается у мальчиков при значительном ограничении подвижности языка, как правило, развивается открытый прикус.

Укороченная уздечка языка также затрудняет фиксацию съёмных протезов. У ребенка в возрасте 5 лет длина уздечки в растянутом состоянии должна равняться не менее 8 мм. Если уздечка у ребенка меньшей длины, недостаточно эластичная, аномально прикрепленная, то данное состояние



расценивается как короткая уздечка языка.

Цель работы: определить частоту распространенности аномалий развития уздечки языка в дошкольных учреждениях.

Материалы и методы: Осмотр проводили в детских садах г.Бухары у 200 детей 5-6 летнего возраста. При обследовании было выявлено короткая уздечка языка у 11 детей, из них 7 мальчиков, 4-девочки.

Осмотр детей проводили в спокойной обстановке при уравновешенном состоянии детей. Обычным шпателем приподнимали язык, если имеется короткая уздечка той или иной степени, то движение языка ограничена, раздвоенный кончик языка при высывание, язык кажется горбатым, задняя часть его приподнята.

Операция френулотомия была проведена в Бухарской Областной Детской Стоматологии № 2. При подготовке к операции, если не имелось ни каких противопоказаний, нами была проведена операция. До операции учитывали: анамнез, возраст ребенка, перенесенные заболевания, выяснили аллергические реакции на препараты.

Операция проведена обычным методом под местным обезболиванием, проводили поперечное рассечение уздечки на границе средней и верхней трети. Затем тупо расслаивали ткани до мышечного слоя, проверяли насколько увеличилось подвижность языка и ушивали кетгутом.

Вывод: При своевременном выявлении и лечении короткой уздечки языка можно предотвратить деформации – неправильное расположение передних и нижних фронтальных зубов, произношении звуков, проблемы грудного вскармливания, глотания, а также факторы риска заболеваний пародонта.



СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЭНДОКРОННОЙ СИСТЕМЫ

Казмагамбетова А.К., Каркимбаева Г.А., Рысбаева Ж.И.

Казахский Национальный университет имени Аль Фараби

Факультет медицины и здравоохранения Кафедра стоматологии

Алматы, Казахстан

Актуальность. В последние годы в экономически развитых странах абсолютный прирост числа новых случаев заболеваний щитовидной железы составил 51,8% среди женщин и 16,7% среди мужчин. Учитывая влияние тиреоидных гормонов на обменные процессы в организме, включая зубочелюстную систему, возникла потребность в изучении частоты нарушений функции щитовидной железы в регионах с эндемичным дефицитом йода, к которым относится Алматы. Особенно важной эта проблема является для людей в возрасте 12-21 лет, когда гормоны щитовидной железы в сочетании с половыми регулируют завершение физической, половой и психической дифференцировки организма.

Целью исследования было изучить стоматологический статус здоровья у больных с патологией щитовидной железы г.Алматы.

Материалы и методы. Стоматологический уровень здоровья определяли по данным ПИ Леус П.А., СРITN,ГИ Rustogi, Sandler Stahl, проба Иорданашвили, КПУ и др.

Результаты исследования и их обсуждение. В клинико-диагностическое исследование было включено 1359 человек, среди которых выявлены как здоровые, так и больные с различными патологиями щитовидной железы (эутиреоидный зоб и гипотиреоз), наиболее частым



проявлением алиментарного йодного дефицита был эутиреоидный зоб (74%). Гипотиреоз отмечен в 26% случаев, причем такое состояние щитовидной железы было диагностировано у лиц старшего возраста: причем если в 17 лет на трех больных с эутиреоидным зобом приходится 1 с гипотиреозом, то к 21 году частота выявлений этих заболеваний была почти одинаковой, причем заболеваемость среди лиц женского пола была намного выше (78,8%), чем у представителей мужского пола (21,2%). Анализ результатов стоматологического исследования показали, что наибольшее распространение среди больных с патологиями щитовидной железы наблюдается у лиц с гипотиреозом, где заболеваемость стоматологическими проблемами составляет 93,1%, при эутиреоидном зобе составляет 81,5%. Среди основных заболеваний выявлены кариес и его осложнения, болезни пародонта, а также некариозные поражения зубов. Отмечается, что у больных с гипотиреозом частота некариозных поражений значительно выше (55,7%), чем у пациентов с эутиреоидным зобом (38,9%) и без патологии щитовидной железы (28,5%)($P \leq 0,001$). При анализе структуры кариеса у больных с патологией щитовидной железы также выявлена зависимость от состояния щитовидной железы: у больных с гипотиреозом частота осложненного кариеса была значительно выше, чем у пациентов без патологий щитовидной железы, что свидетельствует о более высоком уровне поражаемости зубов. Более того, наблюдается тенденция к более высокой интенсивности поражения зубов с осложненным кариесом среди лиц с гипотиреозом. Кроме того, у пациентов с гипотиреозом зафиксировано более высокое распространение заболеваний пародонта, особенно гингивита и пародонтита. В этой группе наблюдается также более высокая степень деструкции опорно-удерживающего



аппарата зубов по комплексному периодонтальному индексу. Комплексный периодонтальный индекс у лиц без патологии железы был значительно ниже (1,73), чем у больных эутиреоидным зобом и гипотиреозом (1,88 и 2,32) ($P < 0,001$). Это подтверждает, что гормональные изменения, связанные с патологией щитовидной железы, оказывают влияние на здоровье пародонта и зубочелюстной системы в целом. Таким образом, патология щитовидной железы, значительно ухудшает стоматологический статус пациентов, что подтверждается высокой частотой стоматологических заболеваний, а также степенью их тяжести. Для улучшения стоматологического здоровья в данной группе пациентов важно учитывать состояние щитовидной железы и проводить комплексное лечение с учетом эндокринных нарушений.

АНАЛИЗ ЦИТОГРАММЫ ДЕСНЕВОЙ ЖИДКОСТИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ КАТАРАЛЬНЫМ ГИНГИВИТОМ

*Каркимбаева Г.А., Рысбаева Ж.И., Казмагамбетова А.К.,
Казахский Национальный университет имени Аль Фараби
Факультет медицины и здравоохранения Кафедра
стоматологии Алматы, Казахстан*

Клинические наблюдения последних лет свидетельствуют об омоложении заболеваний пародонта и развитии их агрессивных форм в детском возрасте. Установлена также высокая чувствительностью структур пародонта у детей к действию факторов внешней и внутренней среды. В настоящей работе проведен сравнительный анализ цитогаммы десневой жидкости у детей с хроническим катаральным гингивитом в Кызылординской области 50 детей и 30 детей в относительно



чистой зоне– городе Талгар. Объектами исследования послужили мазки десневой жидкости, взятые у детей в периоде второго детства от 6 до 11 лет.

Результаты. На воспалительно-деструктивные процессы в пародонте указывают и высокие показатели *ВДИ*, как в основной группе, так и группе сравнения по сравнению с контролем ($P<0,01$). Появление в цитограмме десневой жидкости у детей основной группы и группы сравнения голядерных клеток – мононуклеаров, лишенных цитоплазмы, и фибробластоподобных клеток является свидетельством высокой степени альтерации в очаге поражения. Достоверное увеличение *ИИ* и снижение *ИДиф* в балансе эпителиальных клеток ($P<0,05$) клеток характерно для воспаления и отражает общее омоложение эпителиальных клеток, связанное с их усиленной пролиферацией. Существенное увеличение индекса *ИМЭК* ($P<0,05$) является результатом разрыхления пласта эпителия в результате выраженных деструктивных изменений в эпителиоцитах и разрыва межклеточных контактов и свидетельствует об усилении процессов десквамации. Дистрофически измененные эпителиальные клетки преимущественно характеризовались мелко- и крупнокапельной вакуолизацией цитоплазмы и базофильными включениями. Эти изменения в эпителиальных клетках характерны для повреждающего действия патологического процесса в слизистой оболочке полости рта, сопровождающегося выраженными структурными изменениями ее тканевых компонентов, о чем свидетельствует достоверное увеличение *ИД* ($P<0,05$).

Таким образом, хронический катаральный гингивит у обследованных детей школьного возраста, проживающих в Кызылординской области, с цитологической точки зрения



отличается более высокой степенью поражения пародонта, по сравнению с группой сравнения

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

*В.А. Катюхина¹, к.м.н. И. А. Никольская¹, к.м.н. Е.Н.
Анисимова².*

*¹ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Министерства
здравоохранения Российской Федерации*

*²Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования «Российский биотехнологический
университет (РОСБИОТЕХ)*

Аннотация.

У многих людей посещения врача-стоматолога вызывает сильный эмоциональный дискомфорт, а нередко даже страх. Особенно это характерно для пациентов детского возраста, которые не могут самостоятельно совладать со своей тревогой и беспокойством, что отражается на их поведении в кресле врача [3]. Тревогу сопровождают не только эмоциональные реакции, но и вегетативные проявления, такие как увеличение частоты сердечных сокращений, повышение артериального давления, увеличение потоотделения [5]. Страх перед стоматологическими манипуляциями приводит к избегающему поведению и ухудшению состояния здоровья полости рта.

На базе кафедры терапевтической стоматологии Института стоматологии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.



Пирогова Минздрава России было проведено исследование, в котором приняли участие 95 детей в возрасте от 6 до 12 лет. У каждого пациента определялся уровень тревожности, стоматологический статус и гемодинамические показатели (частота сердечных сокращений и сатурация).

Исследование показало, что наибольший процент высокого уровня тревожности (86, 3%) наблюдался у детей с декомпенсированной формой кариеса. Наименьший процент (11,2%) у детей с компенсированной формой кариеса. У пациентов с выраженной тревогой наблюдалось значительно большее учащение сердечных сокращений, у 39,9% детей с высоким уровнем тревожности была выявлена выраженная тахикардия еще до проведения стоматологических манипуляций.

Выявленная зависимость между уровнем тревожности, частотой сердечных сокращений и стоматологическим статусом говорит о необходимости проводить диагностику психоэмоционального состояния пациента перед лечением и назначать дополнительные адаптационные приемы и методики коррекции поведения для оказания комфортного и безопасного лечения.

Ключевые слова: кариес зубов, тревожность, психологическая коррекция поведения, частота сердечных сокращений.

V.A. Katyuhina¹, Ph.D. I.A. Nikolskaya¹, Ph.D. E.N. Anisimova².

¹ Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «N.I. Pirogov Russian National Research Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation

² Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Russian Biotechnological University



Summary

For many people, visits to the dentist's office cause severe emotional discomfort, and often even fear. This is especially true for children who cannot cope with their anxiety and anxiety on their own, which affects their behavior in the doctor's chair [3]. Anxiety is accompanied not only by emotional reactions, but also by vegetative manifestations, such as increased heart rate, increased blood pressure, and increased sweating [5]. Fear of dental manipulation leads to avoidant behavior and deterioration of oral health.

A study was conducted on the basis of the Department of Therapeutic Dentistry at the Institute of Dentistry of the Pirogov Russian National Research Medical University, which involved 95 children aged 6 to 12 years. Each patient's anxiety level, dental status, and hemodynamic parameters (heart rate and saturation) were determined.

The study showed that the highest percentage of high anxiety (86.3%) was observed in children with decompensated caries. The lowest percentage (11.2%) is in children with compensated caries. Significantly increased heart rate was observed in patients with severe anxiety, and 39.9% of children with high levels of anxiety showed marked tachycardia even before dental procedures.

The revealed relationship between the level of anxiety, heart rate and dental status indicates the need to diagnose the patient's psychoemotional state before treatment and prescribe additional adaptive techniques and behavioral correction techniques to provide comfortable and safe treatment.

Key words: dental caries, anxiety, psychological correction of behavior, heart rate.

Введение. Несмотря на повышение уровня оказания



безболезненной стоматологической помощи, посещение врача-стоматолога сопровождается сильным психоэмоциональным напряжением, особенно в детском возрасте [1,2]. Физиологическим ответом организма на стрессовые воздействия является тревога, она мобилизует психологические резервы, активирует вегетативную и гормональную системы для преодоления стресса. К соматическим проявлениям относятся повышение частоты сердечных сокращений, увеличение потоотделения, двигательная активность, диспептические явления [4]. Как правило, дети не могут самостоятельно справиться с сильной по воздействию и продолжительной по времени тревогой, что может привести к развитию разных осложнений и формированию устойчивой фобии во взрослом возрасте. Стоматологическая тревожность также оказывает отрицательное влияние на состояние здоровья полости рта, так как для таких пациентов характерно избегание посещения профилактических осмотров, а обращение за стоматологической помощью происходит только при остром болевом синдроме [6, 7]. Врачи-стоматологи уделяют мало внимания психологическим особенностям пациента, ограничиваясь клиническим обследованием.

Цель исследования. Определить взаимосвязь психологических и гомо-функциональных особенностей детей младшего школьного возраста на стоматологическом приеме с разной степенью активности кариеса.

Материалы и методы. На базе кафедры терапевтической стоматологии Института стоматологии ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России было проведено исследование, в котором приняли участие 95 детей в возрасте от 6 до 12 лет. Уровень тревожности у детей 6-7 лет определялся с помощью теста детской тревожности Р.



Тэммпла, М. Дорки, В. Амен. Для детей 8-12 лет использовали шкалу явной тревожности СМАС (в адаптации А.М. Прихожан). Каждому пациенту проводили стоматологическое обследование и определяли степень активности кариеса по Т.Ф. Виноградовой. Во время стоматологического осмотра проводилось измерение частоты сердечных сокращений и уровня оксигенации детским пульсоксиметром (Choice MMed MD300C5).

Результаты. По результатам теста детской тревожности Р. Тэммпла, М. Дорки, В. Амен и шкалы явной тревожности СМАС (в адаптации А.М. Прихожан) низкий уровень тревожности определили у 31,7% испытуемых, средний - у 45,4%, высокий - у 22,9%. Показатели ЧСС в группе детей с низким уровнем тревожности были в пределах возрастной нормы, в группе с средним уровнем тревожности регистрировалась нормальная ЧСС (75-95 уд/мин) у 28,2%, умеренная тахикардия (96-114 уд/мин) у 54,2%, выраженная тахикардия (>155 уд/мин) у 17,6%. В группе с высокой тревожностью ЧСС в пределах возрастной нормы наблюдалась у 13,3% умеренная тахикардия наблюдалась у 46,8%, выраженная тахикардия у 39,9%. Уровень оксигенации крови у всех пациентов был в пределах нормы.

Декомпенсированную степень активности кариеса (КПУ+кп: >8) выявили у 39,1% исследуемых, из них высокий уровень тревожности наблюдался у 86,3%, средний у 13,2%. Субкомпенсированная степень активность (КПУ+кп: 6—8) у 49,7%, из них с высоким уровнем тревожности 35,6%, с средним уровнем 49,1%. Компенсированная степень активности кариеса (КПУ+кп: ≤5) выявлена у 11,2%, из них 16,8% с высоким уровнем тревожности, 34,8% с средним уровнем тревожности и 48,4% с низким уровнем тревожности.



Обсуждение. Результаты проведенного исследования показали высокую распространенность тревожности у детей от 6 до 12 лет разной степени. Наблюдается прямая зависимость частоты сердечных сокращений от уровня тревожности ребенка, дети с высокой тревожностью демонстрировали повышенные значения ЧСС, а это может привести к нежелательным осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы.

Стоматологическое обследование выявило высокую распространенность и степень активности кариеса у детей данной возрастной группы. У пациентов с высоким уровнем тревожности чаще регистрировалась декомпенсированная степень активности кариеса, чем у детей с низким уровнем тревожности, что позволяет нам сделать заключение о влиянии психоэмоционального состояния и поведения на стоматологический статус. Из-за избегания посещения стоматолога и отказа от профилактических мероприятий состояние здоровья полости рта у таких пациентов ухудшается.

Полученные результаты диктуют необходимость в проведении тщательной диагностики психологического состояния пациентов детского возраста перед началом стоматологических манипуляций и проведения адаптационных приемов и коррекции поведения в зависимости от уровня тревожности для налаживания контакта между врачом и пациентом, формирования у ребенка позитивного образа врача-стоматолога и нормализации гемодинамических показателей.

Выводы. Таким образом, стоматологи должны помнить, что дети с декомпенсированной степенью активностью кариеса, как правило, имеют высокий уровень стоматологической тревожности. Лечение таких пациентов



может вызвать затруднение как для врача, так и для пациента, а также привести к нежелательным осложнениям. Поэтому необходимо проведение психологической подготовки и коррекции поведения перед стоматологическими манипуляциями.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА ПРИ ПОМОЩИ АУТОФЛУОРЕСЦЕНТНОЙ СТОМАТОСКОПИИ

Кулик И. В., Гордеева В. А., Сурдина Э.Д., Михайлова Е.С.

*Кулик Инга Владимировна, к.м.н, доцент кафедры
стоматологии общей практики ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.
Мечникова» Минздрава РФ*

*Гордеева Вера Анатольевна, к.м.н, доцент кафедры
клинической стоматологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.
Мечникова» Минздрава РФ*

*Сурдина Элина Давидовна, к.м.н, доцент, доцент кафедры
стоматологии общей практики ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.
Мечникова» Минздрава РФ*

*Михайлова Екатерина Станиславовна, д.м.н., доцент
кафедры терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО «Санкт-
Петербургский государственный университет»*

Актуальность: Лейкоплакия относится к предраковым заболеваниям и вопросы ее диагностики и лечения всегда будут актуальны. Аутофлуоресцентная стоматоскопия (АФС) является одним из перспективных методов диагностики лейкоплакии, позволяющим выявлять риск малигнизации данного предракового состояния. Контроль изменения интенсивности свечения тканей после проведенного хирургического лечения может служить оценкой



эффективности проведенного лечения и основанием для определения длительности послеоперационного наблюдения.

Цель исследования: повышение эффективности лечения и оптимизация сроков постоперативного наблюдения лейкоплакии с помощью АФС.

Материалы и методы: было обследовано 45 пациентов с диагнозом: “Лейкоплакия СОР”. В процессе обследования использовался аппарат для аутофлуоресцентной стоматоскопии – АФС-400. Срок наблюдения пациентов составлял 1 месяц.

Обследование проводилось перед оперативным лечением, через неделю и через месяц после оперативного вмешательства.

Всем пациентам при осмотре проводилась аутофлуоресцентная стоматоскопия по результатам, которой были выделены три группы вариантов свечения очага лейкоплакии.

Первая группа: пациенты, у которых при визуальном осмотре размер очага гиперкератоза совпадал с размером очага свечения тканей при АФС составили 18 человек (40%).

Вторая группа: пациенты - 22 человек (48%), у которых при визуальный осмотре размер очага гиперкератоза был больше размера очага свечения тканей при АФС. В этой же группе наблюдались пациенты, у которых очаг флуоресценции тканей имел неравномерное поглощение свечения, проявлявшееся участками светло- и темно-коричневого цвета. Данное явление говорит о более глубоких изменениях в тканях, что в свою очередь требует проведение операции хирургом-стоматологом-онкологом.

Третья группа, при которой визуальный размер очага гиперкератоза был больше, чем размер очага свечения тканей при АФС составляет 5 человека (12%).

Результаты: Непосредственно после операции



криодеструкции АФС выявляла ожидаемые выраженные признаки воспаления (красное свечение).

По результатам АФС диагностики через месяц после криодеструкции можно выделить две группы:

I. Отсутствовали очаги гиперкератоза или сохранялись небольшие очаги гиперкератоза и определялось однородное зеленое свечение тканей (93% или 42 пациента). Однако при проведении АФС очаги визуализировались меньшей площадью, чем при клиническом осмотре и имели нормальное зеленое свечение, при котором нет необходимости длительного послеоперационного наблюдения.

II. Сохранялись небольшие очаги гиперкератоза с неравномерным или коричневым свечением тканей (3 пациента или 7%), что требует более длительного периода послеоперационного наблюдения. При необходимости – повторное гистологическое исследование.

Проведенное исследование позволило сделать следующие **выводы**:

1. Целесообразно использовать АФС для уточнения площади патологического процесса и определения места для забора материала для гистологического исследования.

2. Гистологическое исследование является основным методом для подтверждения предполагаемого диагноза и определения конкретной нозологической формы заболевания.

3. После криодеструкции у 93 % пациентов не сохранялся гиперкератоз или были незначительные очаги гиперкератоза, однако они имели меньшую площадь по сравнению с первичным осмотром и при проведении АФС имели нормальное зеленое свечение тканей, что давало возможность сделать благоприятный прогноз течения заболевания.

4. У 7 % сохранялись незначительные очаги гиперкератоза, и была неравномерность свечения тканей при



проведении АФС (коричневое и зеленое свечение), что говорит о необходимости более длительного послеоперационного периода наблюдения.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЛОСТИ РТА БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Курбанова Нодира Исомитдиновна

E-mail: nodira.isomiddinova.78@gmail.com

*PhD доцент кафедры Терапевтической стоматологии
Бухарского государственного медицинского института.*

Актуальность. В последние годы наблюдается значительное увеличение числа случаев стоматологических заболеваний среди беременных женщин [1,3], особенно в сельских районах Узбекистана. [5,6] Согласно данным исследований, до 60% беременных женщин в Узбекистане страдают от различных стоматологических проблем, таких как гингивит, периодонтит и кариес, что существенно снижает их качество жизни и может приводить к серьезным акушерским осложнениям, включая преждевременные роды и низкий вес новорожденных [2,4].

Цель исследования. На основании комплексного анализа стоматологического здоровья беременных женщин в сельских районах Узбекистана разработать пути первичной профилактики и лечения стоматологических заболеваний, направленные на снижение частоты осложнений и улучшение исходов беременности.

Материалы и методы. В исследование включены 254 беременные женщины, проживающие в сельских районах Узбекистана. Участницы были распределены на две группы. Группа 1 включала женщин в возрасте 25-30 лет со стоматологическими заболеваниями. Группа 2 состояла из



женщин в возрасте 31-35 лет без выявленных стоматологических заболеваний, что подтверждено результатами клинического обследования, микробиологических исследований и лабораторных анализов.

У больных, участвовавших в исследовании, брали ротовую жидкость. Для этого слюну разбавляли 1:10 0,9% физиологическим раствором, из которого брали 1,0 мл стерильного раствора, смешивали с таким же количеством суточной культуры золотистого стафилококка, затем инкубировали 1 час в термостате (37°C) и исследовали титры лизоцима.

Для определения индигенной и факультативной микрофлоры полости рта использовали традиционные бактериологические методы. Идентификацию и дифференциацию микроорганизмов проводили в соответствии с Руководством Берги по систематической микробиологии (1997). Для выращивания микроорганизмов использовали пищевые среды производства HiMedia (Индия).

Результаты. У $7,5 \pm 4,2$ % здоровых лиц ($n = 3$) выявлены патогенные кокки, в группе сравнения этот показатель достигал $15,9 \pm 1,8$ % ($n = 67$), а у 2 группы $34,0 \pm 2,9$ % ($n = 89$). *E.coli* и *P.aureginosa* были в 3,9 и 1,9 раза выше в контрольной ($7,5 \pm 4,2$ %, $n=3$) и группе сравнения ($15,9 \pm 1,8$, $n=67$) соответственно, что убедительно объясняется обилием ($29,4 \pm 2,8$ %, $n = 77$) - $P < 0,001$. Симптомы дисбактериоза наблюдались у 142 ($54,2 \pm 3,1$ %) у женщин в возрасте 25-30 лет.

Аналогичная тенденция наблюдалась и для грамотрицательных условно-патогенных бактерий (*Klebsiella spp*, *Enterobacter spp*, *Proteus spp*), т.е. показатели основной группы были соответственно в 2,8 и 1,8 раза выше показателей контрольной и группы сравнения - $35,1. \pm 12,5 \pm 5,2$ % ($n = 5$) и $19,0 \pm 1,9$ % ($n = 80$) против 2,9% ($n = 92$). Среди идентифицированных анаэробных микроорганизмов были



выявлены *Bacteriodes spp.*, *Fuzobacterium spp.*, *Peptostreptococcus spp.* Что касается уровня их встречаемости, то он оказался менее распространенным среди здоровых женщин в возрасте 31-35 лет без выявленных стоматологических заболеваний, - $5,0 \pm 3,4$ % ($n = 2$) и $7,1 \pm 1,3$ % ($n = 30$)- $P <$, соответственно 0,05. Однако среди других указанных выше микроорганизмов заболеваемость среди женщин в возрасте 25-30 лет 2 группы была высокой — $23,3 \pm 2,6$ % ($n = 61$).

Вывод. Таким образом, процент обнаружения грамотрицательных патогенных кокков достоверно увеличивался у женщин со стоматологическими заболеваниями, а частота обнаружения грамотрицательных патогенных кокков достоверно снижалась.

MAKTABGACHA YOSHDAGI BOLALAR TISHLARIDAGI PROFILAKTIKASI

Mengliyeva D. N

Buxoro Davlat Tibbiyot Instituti

Bolalar stomatologiyasi kafedrası. Buxoro, O'zbekiston

Annotatsiya: Stomatologik profilaktikaning asosiy yo'nalishlari, tish karashlari va og'iz gigienasini nazorat qilish, ratsional ovqatlanish va fluoridlardan foydalanishlarni o'z ichiga oladi

Kalit so'z: Tish, tish cho'tka va pasta, tish yuvish qoidalari.

Profilaktika (yun. profilaktikos saqllovchi, oldini oluvchi) — odamlarning uzoq umr ko'rishi, ishlash qobiliyatini saqlab qolishi, aholining jismoniy rivojlanishini yaxshilashga va mustahkamlashga qaratilgan chora-tadbirlar.

Tish kasalliklarini oldini olish og'iz bo'shlig'i kasalliklarining paydo bo'lishi va rivojlanishining oldini olish hisoblanadi.

Tish cho'tkasi va pastasi og'iz gigiyenasi uchun bolalarning



umumiy gigiyenasining ajralmas qismi bo'lib hisoblanadi.

Tish pastasi gigienik va davolovchi profilaktik turlarga bo'linadi.

Gigienik tish pastalari og'iz bo'shlig'ini tozalash uchun mo'ljallangan bo'lib, tarkibida hech qanday davolovchi va profilaktik qo'shimchalar saqlamaydi (Apelsinovaya, Myatnaya, Blend-a-Med, ROCS Kids, Karlson, Buratino, Colgate). Davolovchi profilaktik pastalar maxsus ta'sirga ega bo'lgan turli xil qo'shimchalardan iborat. Ko'pchilik davolovchi profilaktik pastalar tarkibida karies profilaktikasi uchun 0,1-0,2% ftor, xrolofill, moychechak, kayin pustlogi, propolis, vitaminlar, mikroelementlar, kariesga karshi minerallar (Ca, P, F) kabi o'simlik preparatlar bo'ladi. Bunday pastalarga «Ftorodent», «Flyurodent», «Denta med», «Lesnoy balzam», «Blendamed», «Pepsadent»lar kiradi. Bolalarda tish kasalliklarining oldini olish masqadida maktabgacha tarbiya muassalarida va maktablarda sanitariya- maorif ishlarini to'g'ri tashkil etish kerak bo'ladi.

Hozirgi kunda tish cho'tkalarini turli tuman xillari paydo bo'ldi. Oldin tabiiy qillardan tish cho'tkasi yasalgan bo'lsa hozir sun'iy qillar (neylon, setron, perdon, poliuretan) kabi mahsulotlardan tayyorlanmoqda.

Tabiiy qillardan qilingan cho'tkalarga nisbatan sun'iy tolalardan qilingan cho'tkalar ancha afzal.

Uglevodlarga boy oziq ovqat mahsulotlari og'iz bo'shlig'ida ortiqcha miqdori va davomiyligini kamaytirishning ahamiyati juda muhimdir.

Bolalarda 2 yoshdan boshlab tish tozalashga oldin quruq cho'tka bilan, keyin tish pastasi bilan tish yuvishga o'rgatish kerak, ota-ona yordamida agar bola ko'p injiqlik qilsa, ishtahasi yo'qolsa, bolani tishini yuvmaslik kerak. 6-7 yoshdan bola tish yuvish qoidalarini bilishi shart.

Bolalarda tish yuvish qoidalari

1. Qo'l toza bo'lishi, tish cho'tkasi, tish pastasi va iliq oqar suv bo'lishi lozim.



2. Tish cho'tkasiga pasta olinadi.
3. Og'iz oldin qaynagan iliq suv bilan chayiladi.
4. Shundan so'ng bola tish yuvishga o'tadi. Tishlar gorizontaal, vertikal va aylanma harakatlari bilan yuviladi.
5. Tishlar 3-4 daqiqa 350-450 juft harakatlari bilan yuviladi.
6. Tish yuvilgandan keyin bola og'zini ftorli suv bilan chayishi kerak.
7. Tish cho'tkasi oqar suvda, atir sovun bilan yuvilib stakanga boshini yuqoriga qarab qo'yiladi.
8. Tishlar kuniga 2 marta ertalabki ovqatdan keyin va kechasi uxlashdan oldin yuviladi.
9. Tish cho'tkasi ish davri 1 oy.
10. Faqat profilaktik va davo uchun ishlatiladigan tish pastalari ishlatilishi kerak. 2 yoshli bolada tish karashi paydo bo'ladi, shuning uchun ota-onalar bolalarni tishini cho'tka bilan tozalab tursalar maqsadga muvofiq bo'ladi. Bola 3 yoshga kirganda unda 20 ta vaqtinchalik tishlar chiqadi, ularni yuvib tozalab turish shart, ularni tozalash keyingi sog'lom doimiy tishlar uchun zamin yaratadi.

Xulosa: Sut prikusi davrida bolalarda og'iz bo'shlig'i gigiena holatini yaxshilashga erishish uchun, tishlarni to'g'ri va doimiy yuvish ko'nikmalarini shakllantirish, uzoq vaqt davomida shifokor-stomatolog va bola o'rtasida doimiy hamkorlikni talab qiladi.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА.

Мирзаева Ф.А.

Бухарский Государственный Медицинский Университет.

mirzayeva.feruza@bsmi.uz

Актуальность: Врожденная расщелина губы и неба (ВРГН) — сложнейшая проблема современной медицины,



вызванная не только нарушением анатомии и множественными функциональными изменениями, но и выраженными ранними и отсроченными эстетическими проблемами. У новорожденных с ВРГН изменены функции дыхания, сосания, глотания, нарушена эстетика лица. Все дети с врожденной патологией челюстно-лицевой области являются инвалидами детства и нуждаются в длительном комплексном специализированном лечении, в особенной реабилитации, уходе и воспитании. В возрасте старше четырех лет, когда ребенок начинает осознавать себя в социуме, эстетические дефекты и нарушенные или восстановленные не в полном объеме функциональные и нейромышечные изменения пагубно сказываются на общем физическом и интеллектуальном развитии. Чувство ущербности и зачастую негативная реакция окружающих, особенно ровесников, вызывают тяжелые переживания у ребенка и ухудшают состояние его психики. Не устраненные в детском возрасте проблемы впоследствии мешают в труде и повседневной жизни. Процессы роста и развития совершаются крайне интенсивно, причем степень интенсивности наибольшая в течение первого года жизни ребенка. Учитывая интенсивность роста в первые годы жизни ребенка, необходимо у детей с ВРГН оправданно быстро восстановить анатомическую, функциональную и эстетическую норму для быстрейшего наступления выздоровления. Пациент должен получать такую медицинскую помощь, которая восполняла бы пробел в здоровье и способствовала формированию социально значимых черт личности. Комплексный подход стал единственно возможным, и только он приносит оптимальные результаты. Поэтому закономерно, что в последние годы специалисты, занимающиеся этой проблемой, уделяют особое внимание в решении многочисленных вопросов по разработке и усовершенствованию комплексной системы



реабилитации маленьких пациентов с ВРГН. Проблема реабилитации детей с врожденными расщелинами неба многогранна и сложна. Основным способом лечения таких детей является хирургическое устранение дефекта верхней губы и неба- хейло и уранопластика. Однако в большинстве случаев оперативное лечение, восстанавливая целостность небно-глоточного кольца, не всегда обеспечивает достаточного его функционирования, что обуславливает затруднение нормального питания и различные дефекты речи. Тяжесть указанной патологии у детей, неудовлетворительное качество жизни, невозможность полноценной реабилитации пациентов с врожденной расщелиной неба обосновывает высокую актуальность проблемы реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба. Процесс реабилитации происходит в течение всего детского возраста, а у ряда лиц и в более старшем возрасте, тем не менее, его целесообразно разделить в соответствии с периодами, выделенными в педиатрии на 7 периодов:

1. пренатальный период
2. период новорожденности – от 0 до 1 мес.
3. период грудного возраста – 1 мес.-1 года
4. период ясельного возраста – 1 год – 3 года:
5. дошкольный период – 3 – 6 лет:
6. период младшего школьного возраста – 7-11 лет:
7. период старшего школьного возраста – 11 – 18 лет:

После рождения ребенка с ВРГН устанавливается точный клинико-анатомический диагноз, определяется план хирургического и консервативного лечения. Проводят углубленное обследование у смежных специалистов, выявляют врожденные пороки развития других органов и систем, диагностируют сопутствующие соматические и неврологические заболевания. Проводится индивидуальная работа с родителями по обучению особенностям



выхаживания больного ребенка для обеспечения оптимального развития, рационального вскармливания, предупреждения инфекционных заболеваний. Родители получают информацию о состоянии здоровья ребенка, перспективах и алгоритме реабилитации. Период грудного возраста (от 1 м до 1 год). Этот период реабилитации направлен на подготовку и проведение операции хейло-ринопластике, которая обычно проводится у детей в 2,5 – 3 х месячном возрасте. При двусторонней полной расщелине верхней губы, альвеолярного отростка, мягкого и твердого неба в этом возрастном периоде продолжает проводиться ранняя предоперационная ортопедическая подготовка пациента. Старший школьный возраст. В этот период гормональной перестройки организма ребенок, перенесший операции в связи с ВРГН, должен быть физически и психологически адаптирован в социальной среде. Различные сопутствующие заболевания, нарушения в различных органах и системах, рубцовые изменения мягких тканей верхней губы, носа, мягкого и твердого неба в период быстрого развития организма могут проявить себя. Дети наблюдаются дополнительно школьным врачом, занимаются в группах здоровья, в период каникул проходят реабилитационные мероприятия в центрах реабилитации.

Вывод: Каждый ребенок требует индивидуального подхода к своей проблеме на протяжении всего периода реабилитации. Полноценная социальная адаптация пациента может быть обеспечена только при соблюдении преемственности и поэтапного лечения. Проблема реабилитации детей с врожденными расщелинами неба многогранна и сложна. Конечной целью реабилитационных мероприятий является восстановление функции артикуляционного аппарата и формирование правильной речи у детей. При этом каждый специалист должен помнить, что здоровье и качество жизни пациентов с врожденной



расщелиной верхней губы и неба напрямую зависит от своевременности и результативности лечения.



EARLY DIAGNOSTICS OF THE PATHOLOGY OF TOOTH ERUPTION AND JAW FORMATION IN CHILDREN

*Mukhsinova Lola Anvarovna
Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan*

Abstract. The article presents materials on the age and regional features of tooth eruption and bite formation in children, describing the factors that lead to the development of pathology. The article also provides data on methods for early diagnosis of teething and bite formation disorders in children.

Keywords: children, teething, bite formation, dentoalveolar system, pathology of teething and bite formation.

Tooth eruption is the axial movement of a tooth from a non-functional position in the jawbone into functional occlusion. The dynamics of this process depend on the degree of root and periodontal tissue development and are closely related to the development and growth of the craniofacial complex [1, 20]. Tooth eruption is a physiological process, characterized by the emergence of deciduous and subsequently permanent teeth in children. Depending on the mechanism involved, disorders such as impaction and eruption failure are classified. Impaction is the delayed eruption of a tooth due to mechanical obstacles. Causes may include lack of space in the dental arch due to crowding, mucosal barriers, supernumerary teeth, and others. Eruption failure is a primary disturbance in the eruption of non-ankylosed teeth, either complete or partial, with a lack of vertical movement [20]. Dental rudiments appear in the fetus at approximately the 6th week of intrauterine life. For 1.5 months, mineralization of bone tissue takes place. During this period, the fetus obtains calcium, phosphorus, protein, and other substances necessary for dental development from the mother's body [10, 26, 36]. Various



maternal diseases, malnutrition, or medication intake can result in fetal anomalies in the number, shape, strength, and color of dental enamel.

By birth, crowns of 20 primary teeth are fully formed within the alveolar processes of the jaws. Their eruption is a gradual increase in volume and outward movement, overcoming the resistance of bone and mucosal tissues. During this time, gums may appear swollen and sensitive [13, 27]. Teeth erupt in a specific sequence. This sequence can be disturbed by conditions such as rickets, genetic syndromes, failure in dental rudiment formation due to complicated pregnancies, and endocrine disorders [21, 47]. Zakharova I.N. et al. [18] argue that numerous factors influence the eruption of primary teeth. Key factors include human genotype and constitution, while environmental factors also play a significant role. According to the authors, children of older parents may experience earlier tooth eruption compared to those of younger parents. Similarly, first-born children tend to have earlier eruption than their siblings. Girls, particularly those born prematurely, tend to experience earlier eruption compared to boys. Maternal pregnancy course also affects teething physiology. Disturbances in tooth eruption and replacement may be linked to pituitary gland pathology, refusal of breastfeeding, frequent acute respiratory infections, pneumonia, or neonatal sepsis [19, 29].

Yatsenko A.K. et al. [35] emphasize that studying the age, sex, and regional features of permanent tooth eruption remains vital for assessing biological maturity and children's health status. Such studies are essential when planning and implementing measures to support normal biological development. Vatlin A.G. and Chuchkov V.M. concur with this viewpoint. Arkhipova Yu.A. and Timchenko V.V. [4] examined the timing of dentition in 156 infants born to HIV-positive mothers. Their study found



that perinatal HIV infection is associated with somatic abnormalities and malformations, requiring timely identification and preoperative correction. After examining the child, surgical and therapeutic interventions were performed based on the degree of deformation. The control group included 16 practically healthy children of the same age. Cytokine levels (IL-2, IL-6, IL-18, MCP-1, and IL-4) in blood serum were assessed using ELISA kits (Vector Best CJSC, St. Petersburg). Statistical processing was conducted using a standard software package on a personal computer.

RESULTS AND DISCUSSION: Among the 46 children studied, 28 were girls (60.8%) and 18 were boys (39.2%). Clinical examination revealed the following associated diseases: dysbacteriosis, allergic conditions (diathesis, stomatitis), and ENT disorders. Most of the mothers who gave birth to children with HRVNG were having their second or third child. Fourteen children (30.4%) were born during the mother's first pregnancy; six (13.04%) during the fourth. Most pregnancies were complicated by toxicosis in both the first and second trimesters. 26.3% of mothers had complications during delivery, and 28% experienced influenza during the first trimester.

Cytokine analysis in children with HRVNG revealed that IL-18 levels were 3.5 times higher than those in the control group, averaging 1045.7 ± 12.6 pg/ml ($P < 0.01$). Interleukin-18 (IL-18), also known as gamma-interferon-inducing factor, plays a significant role in immune response. It is mainly produced by macrophages but also expressed by Kupffer cells, microglia, keratinocytes, osteoblasts, and astrocytes. IL-18 stimulates the formation of various T-helper cell subpopulations, promotes inflammation, and contributes to disease pathogenesis. Elevated IL-18 levels were found in children with more pronounced inflammatory symptoms and a more severe clinical course. According to the literature, IL-18 induces cyclooxygenase and NO-synthase



enzymes in macrophages, activates synthesis of pro-inflammatory cytokines and chemokines, and stimulates Th2-type cytokines, especially IL-4. IL-4 levels in HRVNG children averaged 9.01 ± 0.5 pg/ml versus 6.95 ± 0.4 pg/ml in the control group ($P < 0.05$), indicating IL-18's polyclonal activation effect. MCP-1 levels were also elevated in affected children (566.6 ± 11.7 pg/ml vs. 176.4 ± 9.7 pg/ml in controls) ($P < 0.01$). MCP-1 is a key chemotactic factor for monocytes in inflammatory foci, produced by fibroblasts, monocytes, macrophages, endothelial cells, smooth muscle cells, intestinal epithelium, osteoblasts, melanocytes, mesothelial cells, bone marrow stromal cells, and astrocytes. Children with HRVNG had significantly increased IL-6 levels compared to controls (67.5 ± 3.1 pg/ml vs. 19.9 ± 2.0 pg/ml) ($P < 0.01$), while IL-2 levels were slightly lower than in the control group (2.51 ± 0.1 pg/ml vs. 2.7 ± 0.1 pg/ml).

СВЯЗЬ МЕЖДУ ЗУБАМИ И ГОРМОНАЛЬНЫМ ФОНОМ: ВЛИЯНИЕ ГОРМОНОВ НА СОСТОЯНИЕ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

*Наврузова Лола Халимовна
Доцент кафедры (PhD)*

*Бухарский государственный медицинский институт
e.mail: lolahalimovna8@gmail.com*

Аннотация. В развитии структурных изменений зубов большое значение имеет уровень кальция в крови, который контролируется паратгормоном ПЩЖ и кальцитонином ЩЖ, дисфункция и дисбаланс которых может вызвать необратимые, тяжелые последствия для организма. Установлено, что патологии пародонта и кариозных зубов у женского пола чаще возникают в период гормональных изменений, при снижении количества женских половых гормонов в организме.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь



паратгормона, половых гормонов и некоторых электролитов с развитием кариозных и некариозных заболеваний зубов у больных с гиперфункцией околощитовидных желез.

Материалы и методы исследования

Стоматологическому и соматическому исследованию подвергнуты всего 88 пациентов, обратившихся за санацией ротовой полости. Для правильной диагностики и выбора терапии заболевания у пациентов был тщательно собран анамнез. С целью выявления основной причины заболевания проводилась оценка общего состояния организма, анализировались результаты биохимических исследований крови. При необходимости пациенты направлялись на консультацию к узким специалистам (эндокринологу, ортопеду, терапевту, кардиологу, оториноларингологу).

В исследовании использовали твердофазный иммуноферментный, спектрофотометрический анализ. При проведении ИФА в качестве твердой фазы использовали поверхность луночных планшетов вошера MW-12A «Mindray», где и проводилась адсорбция исследуемых гормонов из состава сыворотки (предварительно центрифугированных из венозной крови пациента) специальными ферментами.

Результаты исследования. ЛГ у больных сравнительной группы был равен в среднем $10,0 \pm 0,82$ МЕд/л (миллиединица на литр), в основной группе $14,2 \pm 0,87$ МЕд/л. Для определения и сравнения полученных результатов с референтными значениями пациенты всех обследованных групп были разделены по возрастным категориям и гендерным признакам, согласно принципам интерпретации физиологической нормы гормонов.

Так, в сравнительной группе уровень ЛГ был в пределах референтных данных, как у мужчин, так и у женщин. В связи с отсутствием мужчин в возрасте от 10 до 19 лет в



сравнительной группе, не было возможности сравнить показатели ЛГ с основной группой данного возраста, тем не менее, опираясь на референтные данные нам удалось продолжить статистически сравнительный анализ значений ЛГ.

В основной группе, у больных с гиперпаратиреозом уровень ЛГ у мужчин и женщин статистически превышал таковой, по сравнению с референтным. При сравнении по возрастным и гендерным категориям было отмечено, что уровень ЛГ у мужчин в возрасте от 10 до 14 лет достоверно отличался, превышая в 3,9 раза, даже максимально допустимые референтные значения ($P < 0,001$). Несмотря на превышение уровня ЛГ у мужчин основной группы в возрасте 19 лет и старше в 1,3 раза по отношению к сравнительной группе и референтным значениям, статистически достоверной разницы между ними не наблюдали.

В постменапаузальном возрасте показатели ЛГ у женщин находились в пределах референтных значений, однако эти значения приближались к минимальному уровню, что, по-видимому, было связано с компенсаторной ответной реакцией организма на длительно существующее повышение паратгормона при гиперпаратиреозе.

Уровень ФСТ в сравнительной группе был равен $11,3 \pm 1,61$ МЕд/л, в основной группе $13,4 \pm 0,80$ МЕд/л, которые практически не имели достоверных различий.

Однако, по гендерным показателям у мужчин уровень ФСТ оказался в пределах $6,62 \pm 1,0$ МЕд/л, у женщин $13,2 \pm 2,1$ МЕд/л, для сравнения с референтными показателями рассмотрели их по возрастному аспекту у мужчин и женщин.

У женщин основной группы, страдающих гиперпаратиреозом уровень ФСТ был равен $14,6 \pm 1,0$ МЕд/л,



тогда как у мужчин этот показатель достигал в среднем $10,07 \pm 0,8$ МЕд/л. Так как мужчин в возрасте от 15 до 20 лет не было в выборке, нам не удалось провести этому показателю сравнительный статистический анализ по отношению с сравнительной группой и референтными показателями. В то время, как у мужчин старше 20-21 года уровень ФСГ находился в пределах референтных значений, что было сопоставимо с показателями сравнительной группы.

В пременопаузальном периоде значение ФСГ находилось в пределах референтных границ, однако, несмотря на это, оно почти в 2 раза превышало показатель ФСГ такого же возраста сравнительной группы ($P < 0,01$). В постменопаузальном возрасте отмечалось статистическое снижение уровня.

Заключение. Таким образом, половые гормоны, в частности ЛГ у больных с гиперпаратиреозом напрямую не влияет на патогенез развития кариеса и некариозных заболеваний зубов у женщин, тогда как, у мужчин более молодого возраста повышение уровня паратгормона приводит к компенсаторному повышению уровня ЛГ. Подобный вывод на наш взгляд, подлежит дальнейшему уточнению, учитывая относительно малую выборку больных мужчин с гиперпаратиреозом в нашем исследовании.

Гиперпаратиреоз, сопровождаясь выделением избыточного количества паратгормона приводит к вымыванию кальция из костей, становится причиной развития остеопороза и структурных изменений зубов, влияет на функцию некоторых половых гормонов, определяя уровень необходимых электролитов в сыворотке крови и тканях, таких как фосфор, магний и кальций, формируя кариозные и некариозные поражения.

Выводы:

1. Половые гормоны, в частности ЛГ у больных с



гиперпаратиреозом напрямую не влияет на патогенез развития кариозных и некариозных заболеваний зубов у женщин, тогда как, у мужчин более молодого возраста повышение уровня паратгормона приводит к компенсаторному повышению уровня ЛГ.

2. Гиперпаратиреоз у молодых женщин сопровождается повышением уровня ФСГ, тогда как в постменопаузальном возрасте наблюдается обратный процесс, со снижением уровня ФСГ.

РАЗВИТИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДИФФУЗНОГО ПАРОДОНТИТА НА ФОНЕ ОСТЕОПАРОЗА У ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

*Нурова Шохсанам Нортулатовна
PhD доцент Бухарский государственный медицинский
институт, Бухара Узбекистан*

Аннотация: согласно ряду статистических данных, у 45-60% женщин в период постменопаузы были диагностированы заболевания пародонта, включая изменения в костной ткани организма. 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.

Ключевые слова: зубочелюстные дефекты, пародонт, гормоны, денситометр, менопауза, глубина пародонтального кармана, остеокальцин, резорбция.

Annotation: According to a number of statistics, during the postmenopause period, 45-60% of women were diagnosed with



periodontal diseases, including changes in the body's bone tissue. At the present stage of the development of dentistry, the diagnosis of periodontal pathology does not cause any particular difficulties. Identifying clinical signs and characteristics of periodontal diseases, predicting the development of the disease, and the relationship with the general condition of the patient requires additional roughness in relation to bone changes in the maxillary-alveolar system.

Keywords: defects of the maxillary system, periodontal disease, hormones, densitometer, menopause, periodontal pocket depth, osteocalcin, resorption.

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.[1,7]. 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. [1,6].

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.

Хронический генерализованный 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 периодонтальных 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 n=55	Женщины с раком молочной железы в постменопаузе n=48 n=55
Гигиена индекси (ОHI-S)	<u>2,29±0,05</u>	<u>2,55±0,07*</u>



	2,19±0,05	2,32±0,04*
Степень кровоточивости	2,29±0,07 2,52±0,08#	2,45±0,04* 2,88±0,06*#
РМА	51,32±1,80 55,43±2,15#	61,68±1,93* 69,88±2,17*#
ПИ	4,82±0,15 4,56±0,18#	6,12±0,13* 5,87±0,15*#
Глубина пародонтального кармана, мм	5,22±0,21 4,75±0,15	6,75±0,44* 5,49±0,27*
Индекс Фукса для верхней челюсти	0,58±0,06 0,60±0,03	0,45±0,04* 0,48±0,03*
Индекс Фукса для нижней челюсти	0,60±0,04 0,62±0,03	0,48±0,03* 0,50±0,03*
Кортикальный индекс	4,68±0,03 4,70±0,05	4,40±0,03* 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 было зафиксировано 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.

Таблица 2.

Результаты денситометрии у пациентов пожилого возраста с хроническим диффузным пародонтитом

Показатели	Группы	
	Здоровые женщины репродуктивного возраста ХДП, n=30	Больные женщины с раком молочной железы, постменопауза n=40
T total	$0,66 \pm 0,04$	$0,22 \pm 0,04^*$
TL1-4	$0,58 \pm 0,03$	$-0,15 \pm 0,05^*$
T neck	$0,85 \pm 0,05$	$0,42 \pm 0,06^*$
T total hip	$0,90 \pm 0,05$	$0,37 \pm 0,04^*$



Среди здоровых женщин репродуктивного возраста (по Т-критерию) с хроническим диффузным периодонтитом резорбция в различных отделах костной пластинки была нормальной и умеренной. Среднее значение Т-критерия находилось в пределах нормальных значений. Из данных, представленных в таблице, видно, что при хроническом диффузном пародонтите средней степени тяжести уровень остеокальцина СL не сопровождается существенными изменениями, в то время как при резорбции кости при хроническом диффузном периодонтите тяжелой степени наблюдается значительное снижение уровня остеокальцина СL.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ КАРИЕСА И ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНАХ С РАЗЛИЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ СОЕДИНЕНИЙ ФТОРА В ПИТЬЕВОЙ ВОДЕ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

Раджабов Б.Б¹, Якубова З.Х.^{1,2}, Гурезов Х.М²., Салимов Б.А.¹

¹Государственное Учреждение «Научно-клинический институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, г. Душанбе, Республика Таджикистан.

²Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии Государственное Образовательное Учреждение «Таджикский Государственный Медицинский Университет им. Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Республика Таджикистан.

Резюме: В статье представлены результаты исследований распространенности кариеса и флюороза зубов у детей ключевой возрастной группы 12-ти лет, проживающих в Турсунзадевском, Шахринавском и Гиссарском районах Республики Таджикистан, где содержание соединений фтора в питьевой воде находилось в



различных пределах. Показана взаимосвязь распространенности кариеса и флюороза зубов у данного контингента в зависимости от концентрации содержания фтора в питьевых источниках исследуемых районов. Полученные результаты свидетельствуют об обратной корреляционной связи между распространённостью кариеса зубов и содержанием фтора в воде и прямой корреляционной зависимости между флюорозом зубов и концентрацией фтора в питьевых источниках.

Ключевые слова: дети, распространённость, кариес, флюороз зубов, фтор, вода.

PREVALENCE OF DENTAL CARIES AND FLUOROSIS IN CHILDREN LIVING IN REGIONS WITH VARIOUS FLUORIDE CONTENTS IN DRINKING WATER IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

¹B.B. Rajabzoda, ^{1,2}Z.Kh. Yakubova *cms*,
ass. prof., ²Kh. M. Gurezov, ¹Salimov BA.

¹*State Institution "Scientific-Clinical Institute of Dentistry and Maxillofacial Surgery" of the Ministry of Health and Social Protection of the Population of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Republic of Tajikistan.*

²*Department of Pediatric Dentistry and Orthodontics, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan*

Summary: *The article presents the results of the study of the prevalence of dental caries and fluorosis in children of the key age group of 12 years, living in the Tursunzade, Shakhrinav and Gissar districts of the Republic of Tajikistan, where the content of fluorine compounds in drinking water was in different ranges. The relationship between the prevalence of dental caries and fluorosis in this contingent is shown depending on the concentration of fluorine in drinking sources of the studied areas. The obtained results indicate an inverse correlation*



between the prevalence of dental caries and the fluorine content in water and a direct correlation between dental fluorosis and the concentration of fluorine in drinking sources.

Key words: *children, prevalence, caries, dental fluorosis, fluorine, water.*

Введение. Фтор является важнейшим химическим микроэлементом, необходимым для нормального развития организма человека [1]. Однако, при избыточном содержании в объектах внешней среды он может оказывать токсическое воздействие на различные органы и системы человека [1, 2, 3]. По данным Всемирной организации здравоохранения, миллионы людей подвергаются воздействию чрезмерного количества фтора, употребляя для питья воду из загрязнённых естественных геологических источников [ВОЗ, 2022]. В результате, многие люди страдают различными нарушениями здоровья - от лёгких форм флюороза зубов до деформирующего флюороза скелета. Хотя трудно судить о глобальной распространённости флюороза зубной эмали и скелета, но существуют оценки, согласно которым в течение ряда лет чрезмерно высокая концентрация фтора в питьевой воде привела к десяткам миллионов случаев заболевания флюорозом зубной эмали и скелета во всем мире. По разным оценкам, в одном только Китае более 10 миллионов человек страдают флюорозом скелета [4, 5]. В то же время недостаток фтора в организме человека вызывает кариес зубов, доминирующий в структуре стоматологической заболеваемости [6]. По оценкам ВОЗ, кариес постоянных зубов является наиболее распространённым из всех оцениваемых состояний: более 3 миллиардов человек во всем мире страдают кариесом постоянных зубов, а 586 миллионов детей - кариесом молочных зубов [7]. Кариес зубов является одним из основных стоматологических заболеваний,



поражающих значительное количество детей в Таджикистане [8, 9]. Исследования, стоматологического статуса детей, проживающих в районах, где содержание соединений фтора в воде находилось в различных пределах, свидетельствуют, что развитию флюороза зубов способствует наличие повышенного уровня фтора в хозяйственно–питьевой воде [2, 10].

Поступление фторидов в организм человека, обусловленное их естественным содержанием в воздухе, в почве, воде и пище, а также техногенным загрязнением, имеет значительную вариабельность в связи с существенными колебаниями их концентраций. Важно отметить, что развитие флюороза у детей напрямую зависит от проживания в зонах промышленных предприятий, в пределах 2 км, 1–1,5 км от фосфатного рудника [11].

Вышеизложенные данные послужили поводом к изучению распространённости кариеса и флюороза зубов в акваториях, где содержание соединений фтора в воде питьевого назначения находилось в различных пределах.

Цель исследования: исследовать распространённость кариозных поражений и флюороза зубов у детей в Турсунзадевском, Шахринавском и Гиссарском районах Республики Таджикистан, содержащих фтор в питьевой воде в различных пределах.

Материал и методы исследований.

Исходя из цели научного исследования, объектом исследования явились пробы питьевой воды в Турсунзадевском (поселения Ширкент), Гиссарском (поселения Туда), и Шахринавском (поселения Каратаг) районах, а также дети ключевой возрастной группы 12 лет, проживающие в данных районах Республики Таджикистан.

Предметом исследования являлось изучение:



✓ проб питьевой воды на наличие и концентрации фтористых соединений. Для определения уровня фтора в воде были взяты пробы (по одному анализу) в каждом исследуемом регионе. Воду отбирали в специальных флаконах из полиэтилена высокой плотности и анализировали в течение 24 часов в химической лаборатории Республиканской Службы государственного санитарного эпидемиологического надзора колориметрическим методом SPADNS с использованием портативного колориметра. Целесообразность использования данного метода заключалась в том, что этот метод одобрен Всемирной Организацией Здравоохранения.

✓ Распространённости кариеса и флюороза зубов. На каждого обследуемого ребёнка для учёта и анализа полученных результатов в ходе исследования, заводилась карта ВОЗ 2013 [модификация проф. Леуса П.А., 2013].

Оценка распространённости кариеса и флюороза зубов рассчитывалась по следующей формуле:

$$\text{Распространённость} = \frac{\text{число лиц имеющих кариес/флюороз}}{\text{общее количество обследованных}} * 100\%$$

Степень поражения флюорозом зубов определяли по следующим критериям: 0 нет поражения, 2 лёгкая, 4 средняя и 5 тяжёлая степени поражения.

Критерии включения в исследование: дети ключевой возрастной группы- 12-ти лет, родившиеся или проживающие в исследуемых районах не менее 5 лет и при наличии информированного согласия на участие в настоящем исследовании от их законных представителей.

Критерии исключения из исследования: отсутствие добровольного информированного согласия от детей либо их законных представителей на участие в исследовании; наличие у ребёнка острой или рецидив соматической патологии.



Статистическая обработка собранных материалов производилась с использованием статистического пакета для социальных наук SPSS Statistics 21.0 и «Statistic 10» (StatSoftInc/, США, 1984-2011). Данные были обобщены с использованием таблиц и рисунков.

Результаты исследования.

Распределение 12 летних детей в изучаемых районах показано в таблице 1.

Таблица 1.

Распределение 12 летних детей по изучаемым районам

Район	Возраст, лет	Мальчики n/%	Девочки n /%	Всего n /%
Турунзадевский (Ширкент)	12	28/33,7	55/66,3	83/31,8
Шахринавский (Каратаг)	12	66/47,8	72/52,2	138/52,9
Гиссарский (Туда)	12	25/62,5	15/37,5	40/15,3
Всего		119/45,6	142/54,4	261/100

Общее количество охваченных исследованием составило 256 детей. Из них мальчиков 119/45,6% и девочек 142/54,4%, что соответствует рекомендациям ВОЗ. Количество детей в Турунзадевском районе составило 83 человека. Из них мальчиков 28/33,7%; девочек 55/63,3% и 31,8% от общего числа обследованных. В Шахринавском районе количество школьников составило 138 человек. Из них мальчиков 66/47,8%; девочек 72/52,2% и 52,9,% от общего числа обследованных. Группа 12-ти летних детей Гиссарского района состояла из 40 человек. Из них мальчиков 72/52,2%; девочек 15/37,5% и 15,3% от общего числа обследованных.

Результаты анализа воды исследуемых регионов показаны в таблице 2.

Таблица 2.



Концентрация Фтор (F⁻) в monitored районах

Исследуемый район	Показатели качества воды (ингредиенты)	Единица измерения	Нормативные показатели	Результаты анализа
Показатели химического состава воды (СанПин 2.1.004-07)				
Турунзадевский (Ширкент)	Фтор (F ⁻)	мг/л	0,7-1,2	0,93
Шахринавский (Каратаг)	Фтор (F ⁻)	мг/л	0,7-1,2	0,78
Гиссарский (Туда)	Фтор (F⁻)	мг/л	0,7-1,2	1,98

Результаты анализа питьевой воды из речки поселка «Туда», выявили высокое содержание фтора в питьевой воде (1,98), что в 1,65 раз выше предельно допустимой дозы. В поселениях Ширкент и Каратаг содержание (F⁻) в воде было в пределах нормативных показателей. Однако в Турсунзадевском районе концентрация (F⁻) в воде была в 1,2 раза выше по сравнению с Шахринавским районом.

Распространённость кариеса зубов в Турунзадевском, Шахринавском и Гиссарском районах составила 87,2%, 91,0% и 62,3% соответственно. При этом распространённость флюороза в Турунзадевском районе составила 10,5%, в том числе с легкой 7,45% и средней 2,6% степенью. Данный район находится в зоне влияния алюминиевого производства. Шахринавском районе распространённость флюороза составила 6,2%, причем только выявлена легкая степень. В поселке Туда Гиссарского района распространённость флюороза у 12 летних детей имела высокие значения и достигла 42,5%. При этом коды «2», «4» и «5» выявлены у 12,5%, 22,5% и 7,5% детей. Необходимо подчеркнуть, что данная местность находится в более, чем в 30 километрах от алюминиевого завода и высокий процент флюороза зубов не связан с деятельностью завода.

Выводы.

Полученные в нашем исследовании результаты



свидетельствуют об обратной корреляционной связи между распространённостью кариеса зубов и содержанием фтора в воде и прямой корреляционной зависимости между флюорозом зубов и концентрацией фтора в питьевых источниках.

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

Материалы и методы исследования: В ходе нашего исследования было обследовано 22 пациента с различными видами травм зубов. Анализ наблюдений показал, что наиболее часто травмам подвергались центральные и боковые резцы верхней челюсти — в 58,6% случаев были



повреждены зубы 1, 2, а также 3-й зуб. Нижняя челюсть (44,2 %), верхняя челюсть (53,2 % 54,2 %). Нами в условиях амбулатории было изучено и проанализировано 62 амбулаторных карты больных после операции реплантации зубов. В основном операция реплантация зубов проводилась по поводу безуспешных лечений хронических периодонтитов и при полном вывихе постоянных зубов у детей. В большинстве случаев возникновению травмы способствовали активная подвижность детей, занятия физкультурой и спортом при отсутствии необходимого контроля со стороны взрослых.

Проведенные нами клинико-рентгенологические и функциональные исследования после пересадки зубов предусматривали изучение процесса приживления 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 отличались 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 в послеоперационном периоде. Мы сделали выводы, что успешность результата реплантации зубов во многом зависит от используемого консерванта. Так, при использовании физиологического раствора сохранённые зубы оставались функциональными в течение 1–2 лет после реплантации, тогда как при применении раствора «Биодент» — срок успешного функционирования достигал 5–6 лет послеоперационного периода. Это подтверждает то, что после консервации в растворе «Биодент» реплантированные зубы функционируют более длительные сроки, чем при консервации в физиологическом растворе.

ҚИСМАН ТИШСИЗЛИКДА ЗАМОНАВИЙ ТИШ ПРОТЕЗЛАРИ БИЛАН ОРТОПЕДИК ДАВОЛАШ

*Раджабов Алишер Исломович, Саидов Акбар Аҳадович
Бухоро давлат тиббиёт институти*

Тишлар инсон ҳаёт фаолияти давомида энг муҳим саналган аъзолардан биридир. Қисман тишлари бўлмаган беморларни реабилитация қилиш ортопедик стоматологиянинг долзарб вазифаси ҳисобланади. Олиб қўйиладиган тиш протезлари билан ортопедик даволанишга бўлган эҳтиёжнинг юқорилиги сабабли, ҳар бир беморга индивидуал ёндашиб, оғиз бўшлиғи анатомио-функционал ҳолатларини инобатга олиб ортопедик даволаш усулларини такомиллаштириш тадқиқотнинг аниқлиги ва самарадорлигини оширади.

Тадқиқот мақсади қисман тишсизликда оғиз бўшлиғи анатомио-функционал ҳолатини инобатга олиб ортопедик



даволашда протез турларини танлашни такомиллаштиришдан иборат.

Илмий тадқиқотимизда 25 ёшдан 74 ёшгача бўлган 120 нафар ортопедик стоматологик давога муурожаат қилиб келган, қисман иккиламчи адентияси бор беморлар орасида стоматологик текширишлар ўтказдик. Биз асосий гуруҳ беморларни тадқиқот мақсадида уч гуруҳга бўлдик:

Асосий биринчи гуруҳ беморларга Ацетал тиш протезлари қўйилган беморлар, иккинчи гуруҳ беморларга таркиби "Фторакс" акрилли тиш протезлари тақилган беморлар, учинчи гуруҳимиз Эластик нейлонли тиш протезлари тақилган беморлар ташкил этди. Беморларни кўздан кечиришда юзнинг ташқи ифодасига, ассимметрия бор ёки йўқлигига, ажинларнинг яққоллигига, назомакциялар соҳасининг ўлчамига, юз терисида ўзгаришлар мавжудлигига эътибор қаратилди, ҳамда оғиз даҳлизи, оғиз диафрагмаси, танглай гумбази ва тил ҳолати, шунингдек тиш ёйи ва пародонтининг ҳолати баҳоланди. Оғиз бўшлиғидан олинган суюқликнинг рН ни аниқлаш учун (рН-метр) дан фойдаланилди. рН-метрнинг таркибидаги махсус қурулмалар бўлганлиги сабабли натижани бир неча сония ичида олиш имконини беради.

Учала асосий гуруҳлардаги барча беморларда олинадиган тиш протезларнинг тозалиги кўрсаткичи ҳақидаги маълумотларга биноан, бутун протезларни ишлатиш давр мобайнида энг ёмон натижа - 5,0-5,5 га тўғри келадиган "жуда ёмон тозалик даражаси" аниқланмади.

Протезлардан фойдаланишнинг ва уларнинг тозалик даражасини баҳолашнинг 1-ойидан сўнг 1А-гуруҳ беморлар орасида кўрсаткичлар кескин ўзгарди ва куйидаги маълумотлар олинди: 35% қониқарли, 45% яхши даража, қолган 20 % да ёмон ҳолат кузатилди.

Шу билан бир қаторда, 1Б-гуруҳидаги беморларнинг бир ойдан кейин олинадиган тиш протезларнинг гигиеник



ҳолати кўрсаткичлари 27%) – яхши даражада, 39,4% - қониқарли даражада, қолган қисми– ёмон даражада бўлди.

Беморларга олинадиган тиш протезлари орқали даволаганда ортопедик давонинг самарасини беморларнинг олинадиган тиш протезларига кўникиш вақтининг қисқалиги билан яъни бемор оғиз бўшлиғи протезга қанчалик тез ўрганганлиги билан баҳолаш мумкин. Учала гуруҳ беморларининг оғиз шиллик қаватларининг ҳолатини ўрганиш оқибатида, протез ўрнида турли даражадаги рангли яллиғланиш ўчоқлар борлиги аниқланди.

Барча беморларда 90 кундан сўнг протез ўрнининг шиллик қавати протезга мослашди ва унинг яллиғланиш реакцияси сезиларли камайди.

Кузатувлар таҳлилининг олтинчи ойидан шуни аниқландики, Ацетал олинадиган тиш протезлардан фойдаланувчи беморларда яллиғланиш ўчоқлари ижобий томонга ўзгарди, яъни яллиғланиш марказлари биринчи гуруҳда умуман аниқланмади, 1Б гуруҳда эса 23 мм ни ташкил қилган. Лекин бу натижаларга тескари равишда беморларнинг бирортасида ҳам протезларнинг мослашиши ҳақида шикоятлар йўқ эди.

Оғиз бўшлиғи ва тиш протезлардаги ўзгаришларни ривожланишида микроорганизмлар ва патоген флоранинг тўпланиши натижасида шиллик қаватнинг резистентлигини пасайиши муҳим омил бўлади. Шу билан бирга, оғиз суюқлигининг реакцияси қисман олиб қўйиладиган протезлар юзасининг гигиенасини бузилишда, уларда карашлар пайдо бўлишида муҳим рол ўйнайди.

Протезлашдан 10 кун кейин ҳам оғиз суюқлигининг рН қийматида аниқ ўзгаришлар бўлмади. 90 кундан кейин оғиз суюқлигининг рН даражаси ишқорий томонга силжиди ва рН - 7.35 ($P < 0.01$) га етди. Шунинг учун юмшоқ ва қаттиқ карашлар ҳосил бўлишида, гигиеник шароитларни бузилиши ва қисман олиб қўйиладиган протезларни сақлаш



ва ишлатиш механизмидаги муҳим шарт бу оғиз суюқлигини рН муҳитини ишқорий бўлишидир.

Протезлар ўрнатилган кун асосий гуруҳ беморлари қисман олиб қўйиладиган пластинкали протезлари билан жағларини максимал сиққанида биоэлектрик фаоллик фазасида асл чайнов мушаклари биопотенциаллар амплитудаси $135,3 \pm 8,4$ мкВ, чакка мушакларида - $127,6 \pm 8,1$ мкВ ни ташкил этди. Ўрганилаётган мушакларда оптимал сиқиш кучини биз қисман олиб қўйиладиган пластинкали протезлар қўйилганидан сўнг 1 ойдан кейин қайд этдик, у асл чайнов мушакларида - $231,6 \pm 7,6$ мкВ, чакка мушакларида эса - $197,1 \pm 10,6$ мкВ ни ташкил қилди.

Хулоса тадқиқот натижасида ацетал протез оғиз бўшлиғи муҳитида ўз ҳолатини ўзгартирмаслиги ва ўзида микроорганизмларни йиғилиб қолиш эҳтимоли пастлиги боис қисман тишсизликда алвеоляр ўсиқ нотекислиги ва сақланиб қолган тишларни конвергенция ва дивергенция ҳолатларида қўллаш афзаллиги исботланди. Ацетал протезидан фойдаланганда оғиз бўшлиғида асоратлар сони 1,7 мартага ишонарли камайганлиги исботланди, беморларни ортопедик даволаш сифати ошганини аниқланди.

НОВАЯ МЕТОДИКА РАННЕГО ВЕРТИКАЛЬНОГО НАРАЩИВАНИЯ ГРЕБНЯ

Рамазонов Хамза Хаётович

Ассистент кафедры хирургической стоматологии

Бухарского государственного медицинского института

имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан

В ситуациях, когда имеется значительный дефицит мягких и твердых тканей альвеолярного отростка после удаления одного или нескольких соседних зубов, управление мягкими тканями во время ARP (alveolar ridge preservation) может быть довольно



сложным, например, при удалении одного первого моляра с наличием второго моляра.

Решающим параметром для возможности установки имплантатов является наличие достаточного объема кости в области предполагаемой имплантации. Установка внутрикостных имплантатов требует достаточного количества и качества костной ткани в необходимом участке челюсти. При недостатке кости, в зависимости от морфологии дефекта, выбирают метод наращивания гребня.

В настоящем исследовании предложена новая концепция аугментации, направленная на решение проблем, связанных с ARP и другими методами позднего наращивания кости, которая называется «Протокол раннего наращивания кости». Мягким тканям дают созреть в течение 8-20 недель после экстракции. Затем проводится вертикальное и горизонтальное наращивание гребня, аутооттрансплантация костных блоков, и до настоящего времени эта методика является «золотым стандартом». В течение этого времени заживления происходит несколько биологических событий, которые благоприятствуют клиническим результатам. Эта концепция основана на использовании потенциала заживления примерно в 8-недельном периоде, когда регенерация кости достигает своего пика с максимальной остеогенной активностью и наибольшей плотностью сосудистых структур, наблюдается пролиферация клеточных и соединительнотканых элементов и остеобластов, откладывающих остеоид вокруг незрелых костных островков. К этому времени мягкие ткани становятся толще и имеют повышенную васкуляризацию по сравнению с моментом удаления, что позволяет легче управлять мягкими тканями и закрывать послеоперационную рану без натяжения.

Предлагаемый метод аугментации обладает рядом биологических и технических преимуществ. Очень хорошие



результаты увеличения параметров гребня с целью установки дентальных имплантатов были достигнуты при использовании аутотрансплантата из области подбородочного симфиза.

Размеры блока определяют при изготовлении диагностической восковой модели с реконструкцией дефекта. Это также позволяет изготовить хирургический шаблон для определения места установки аутотрансплантата и имплантата или имплантатов. Используя эту методику, из ветви нижней челюсти можно получить прямоугольный костный блок толщиной до 4 мм.

Цель исследования. Обосновать медицинскую эффективность применения протокола ранней костной аугментации, с целью установки дентальных имплантатов.

Материал и методы. В это ретроспективное исследование были включены участники, которым была проведена ранняя процедура вертикального наращивания гребня через 8-20 недель после экстракции на верхней или нижней челюсти. Исследование проводилось на базе кафедры Хирургической стоматологии БухГМИ. Участники имели хорошее физическое здоровье и гигиену полости рта, включая предоперационную конусно - лучевую компьютерную томографию (КЛКТ) перед GBR (guided bone regeneration). Критерии исключения составляли пациенты с сахарным диабетом, неконтролируемыми системными заболеваниями и пациенты, принимающие препараты, которые могут повлиять на метаболизм костной ткани.

Результаты. В общей сложности 35 участков у 15 пациентов были подвергнуты ранней аугментации через 8-20 недель после удаления зуба. В большинстве случаев аугментации подвергались участки с одиночными отсутствующими зубами, а в остальных случаях – с несколько



соседними отсутствующими зубами. Аугментация была распределена между верхнечелюстными и нижнечелюстными зубами. У всех пациентов заживление прошло без осложнений. Общий средний истинный вертикальный прирост кости, измеренный через 8-10 месяцев после аугментации, составил $4,64 \pm 1,67$ мм. Около 80 % аугментированных участков соответствовали или превышали ожидаемый вертикальный прирост кости на $+1,45 \pm 1,47$ мм, в то время как в остальных случаях он был немного меньше - $-0,96 \pm 0,78$ мм.

Заключение. Вертикальное наращивание гребня представляет собой большую проблему для клиницистов из-за сложности хирургической техники и непредсказуемости результатов лечения.

Протокол ранней костной аугментации позволил достичь сопоставимого вертикального прироста кости с минимальными осложнениями. В 80 % случаев вертикальное наращивание кости превышало ожидаемый уровень (EVBG), а средний вертикальный прирост кости составил 4,64 мм при максимальном истинном вертикальном приросте кости 8,57 мм.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКИ, ПЛАНИРОВАНИЕ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

*Рахимов Зокир Кайимович¹, Ибрагимов Иномджон Усманович²
Бухородавлат тиббиёт институти, Ўзбекистон
Республикаси, Бухоро ш. Таджикский государственный
медицинский университет имени Абу али ибни Сино*

Введение. В современной медицине проблема оптимизации репаративной регенерации костной ткани приобретает большое значение, что связано с развитием таких разделов здравоохранения, как медицина катастроф,



военная медицина, из-за локальных вооруженных конфликтов, возросшего травматизма, а также из-за использования при стоматологической реабилитации, в том числе людей пожилого и старческого возраста, современных технологий: аугментация альвеолярных отростков (частей) челюстей, дентальная имплантация и т.п.

Цель исследования: изучение влияния комплексной патогенетической терапии на регенеративные процессы костной ткани при переломах нижней челюсти.

Материалы и методы: Настоящее исследование включало результаты обследования и лечения 231 человек. Среди них 182 больных с односторонним переломом, 30 пациентов с двухсторонним и 19 больных с закрытым переломом нижней челюсти, которые находились на стационарном лечении в отделении челюстно - лицевой хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра в период с 2008 по 2022 гг. В I группе – 122 больных с переломом нижней челюсти, пролеченных ортопедическим способом и назначением традиционной медикаментозной терапии- раствора фурациллина в разведении 1:5000 и раствора жидкого бифидумбактерина. II группа - 109 больных с переломами нижней челюсти и их гнойно-воспалительными осложнениями, пролеченных ортопедическим способом и специальным лечением с назначением препаратов серрата (Kusum Healthcare, Индия), секстофаг (Микроген НПО, Россия), азитромицина (Ника фарм, Узбекистан), флорбиолакта путем их введения в глубокие слои области повреждения нижнечелюстной кости с помощью низкочастотного ультразвука. Возраст больных был в диапазоне 19-50 лет. Среди них большая часть была представлена мужчинами - 102 (93,57%), женщин было - 7 (6,43,0%). Контрольную группу составили 35 человек из



практически здоровых людей идентичного возраста. На основании точного анализа данных литературы и результатов проведенных исследований наиболее частыми жалобами на воспаление у больных с гнойно-воспалительными осложнениями переломов нижней челюсти являются: боль, отек, слабость, беспокойство, нарушение сна и аппетита, повышение температуры тела, а также включает удовлетворительное общее состояние больного.

Результаты исследования показали неоспоримые преимущества препарата серрата, как противоотёчного, так и противовоспалительного, а также обладающего таким действием, как фибринолитическая активность, который способствует блокированию ряда воспалительных медиаторов: брадикинина и гистамина. Кроме того, препарат Серрата включает в себя несколько положительных свойств: эффективное влияние на микро- и макроорганизмы. По отношению к тем и другим, это объясняется тем, что на микроорганизмы воздействует, благодаря совместному участию в сочетании с другими препаратами, уничтожающими микроорганизмы и активирующими регенераторные функции самой костной ткани, а относительно макроорганизма - действует, повышая местные факторы защиты полости рта. Непосредственно уменьшает дилатацию капилляров и контролирует их проницаемость за счёт гидролиза медиаторов воспаления. Улучшает реологические свойства ротовой жидкости. Препарат Секстофаг обладает способностью специфического лизиса бактерий, таких как стафилококки, стрептококки (в том числе энтерококки), протей, клебсиеллы пневмонии, синегнойная и кишечная палочки.

Заключение, при комплексном лечении больных с воспалительными осложнениями переломов нижней



челюсти, применение медикаментозных препаратов способствовало повышению эффективности комплексной патогенетической терапии. Благодаря бактериолитической способности секстофага отмечалось очищение ротовой полости от микроорганизмов, что проявлялось прекращением отделения гноя, спадением отёка и боли.

Анализ полученных и обобщённых значений результатов исследований всех групп нам дал удовлетворительные и относительно удовлетворительные результаты. При переломах нижней челюсти I группы, получавшей традиционное лечение в качестве терапии, использованы растворы хлоргексидина, фурацилина в разведении 1:5000, бифидумбактерина и цефазолина. Кроме того, для дополнительной терапии целесообразно проведение нескольких лабораторных обследований. Результатом в данной группе явилась адекватная фиксация отломков нижней челюсти, антибактериальная терапия и т.п. При гнойно-воспалительных осложнениях переломов нижней челюсти во II группе, использованы в качестве терапии Сerratа, Секстофаг и флорбиолакт, азитромицин. К этим препаратам было дополнено действие ультразвукового аппарата «СТОМАТОН - ММ». Во II группе показатели результатов лечения приближены к абсолютно хорошим, когда проверяли пациентов II группы. Все иммунологические показатели и факторы местной защиты полости рта были близко к норме. Обобщая все группы можно сделать вывод: что во II группе результаты лечения этих больных не отличаются от таковых фактически здоровых людей.



СТОМАТОГЕН ЎЗГАРИШЛАР МАВЖУД РЕВМАТОИД АРТРИТЛИ БЕМОРЛАРДА ИММУН ЖАВОБ РЕАКЦИЯСИНИ АНИҚЛАШ

Рахимов Ш.Ш.,

*Бухоро давлат тиббиёт институти, Ортопедик
стоматология ва ортодонтия кафедраси мустақил изланувчиси;*

Идиев Ғ.Э.,

*Бухоро давлат тиббиёт институти, Ортопедик
стоматология ва ортодонтия кафедраси профессори;*

Мавзунинг долзарблиги: Неоптерин тузилиши бўйича фолий кислотага ўхшаш бўлган, нуклеин асослар метаболити ҳисобланади. У асосан гамма-интерфероннинг таъсири остида макрофагал-моноцитар хужайралари билан синтезланиб, иммун жавобда аҳамиятли ўрин тутувчи мазкур цитокин синтезини акс эттиради. Вирусга қарши ёки ўсмага қарши иммун жавоб давомида, шунингдек аутоиммун касалликларда ҳамда ихтисослашган иммун яллиғланишда аксарият цитотоксик хужайра иммун реакциялари айнан гамма-интерферон синтези билан фарқ қилади. Неоптерин концентрациясининг ортиши айнан аутоиммун касалликлар, шу жумладан РА да ўринли бўлган цитотоксик иммун жавобга хос. Иммун антибактериал жавоб иммунитетнинг бошқа механизмлари билан ҳам бевосита боғлиқ бўлганлиги туфайли, неоптерин ҳосил қилинишининг ортиши аксарият бактериали инфекцияларда содир бўлмайди. Аммо стоматологик касалликларнинг агрессив ва сурункали шакллари кўпинча турли даражада ифодаланувчи аутоиммун реакциялар билан кузатилади. Ревматоид артритда (РА) асосий касалликнинг авж олишида этиологик омилларнинг бирламчилиги тўғрисидаги масала мунозараларга сабаб бўлади. Ҳозирги кунда замонавий



биокимёвий ва иммунологик таҳлил РА да оғиз бўшлиғида содир бўладиган ўзгаришларга организмнинг жавоб реакцияси механизмини чуқурроқ ўрганиш имконини беради. РА мавжуд беморларнинг ОС ва қон плазмасида неоптерин даражасини таққослаш зарурдек кўринди, бу мазкур беморларда пародонт касаллигининг патогенезини аниқлаш ва комплекс пародонтологик даволаш таркибида иммунитетни монанд тузатиш усуллари ишлаб чиқишга ёрдам бериши мумкин.

Тадқиқот мақсади: Ревматоид артрити мавжуд беморларда биокимёвий ва иммунологик тадқиқот натижаларини атрофлича таҳлил қилиш.

Тадқиқот материал ва усуллари: Турли ёш гуруҳларидаги 140 нафар ревматоид артрити мавжуд асосий гуруҳ беморларида, шу жумладан амалда соғлом ҳисобланган 20 нафар назорат гуруҳидагилар орасида биокимёвий ва иммунологик текширувлар ўтказилди.

Тадқиқот натижалари: РА мавжуд беморларнинг асосий гуруҳида катарал гингивит фақат ўн икки нафар беморда кузатилди. Қолган барча беморларда сурункали тарқоқ пародонтит аниқланди: енгил даражали – 13 нафар бемор, ўрта даражали – 14 нафар ва оғир даражали – 11 нафар беморда. У пародонтал чўнтаклардан турли даражада ифодаланган йиринг оқиши, тишлар илдизи фуркацияси, тишларнинг сезиларли қимирлаши билан кузатилди. Ўртача кўзғатилмаган сўлак ажралиш тезлиги асосий гуруҳда - $0,19 \pm 0,088$ мл/дақ, назорат гуруҳида - $0,42 \pm 0,114$ мл/дақ ни ташкил этди. РА мавжуд беморларнинг ОС да неоптерин даражаси ТГ беморлари ҳамда НГ шахслари билан таққослаганда ўртача 1,07 баробар юқори бўлганлиги аниқланди. Шунингдек, РА мавжуд беморларнинг қон плазмасида неоптериннинг юқори даражаси аниқланди. АГ



беморларида у назорат гуруҳида текширилган шахслардаги кўрсаткичлар билан таққослаганда ўртача 3,2 баробар ишончли юқори бўлган бўлса, ТГ беморларига нисбатан 2,6 марта юқори бўлди.

Хулоса: РА мавжуд беморларда оғиз бўшлиғида иммун тизимининг жавоб реакцияси статистик ишончли мавжудлиги ҳақида хулосага келиш мумкин. РА мавжуд гуруҳларда иккала кўрсаткичларнинг фарқи ушбу жавоб пародонт тўқималарининг яллиғланиши билан эмас, кўпроқ, РА мавжуд беморлар организмида умумий кечаётган иммунологик жараёнларнинг мавжудлиги тўғрисида юзага келганлигидан далолат беради.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАРИЕСА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА АЭРОДЕНТ

Рахматова Дилнора Саиджоновна

PhD, доц. Кафедры детской стоматологии Бухарского

Государственного Медицинского Института

ORCID ID 0000-0002-2740-4860 dilnora_raxmatova@bsmi.uz

Резюме. Кариез 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, пульпа, ортодонтический аппарат, Аэродент.

Актуальность. Лечение травм зубочелюстной области у детей часто представляет трудности у стоматолога и вызывает беспокойство как у ребенка, так и у его родителей. Травматические повреждения зубов чаще встречаются как самостоятельный тип травмы у детей. Под травмой зуба понимают нарушения анатомической целостности зуба, окружающих его тканей или изменения положения зуба в зубном ряду [1,2,10]. По данным как отечественных, так и зарубежных авторов [2], 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.

Согласно данным А. Cameron и R. Widmer (2003), около 22% детей получают травму постоянных зубов до достижения 14-летнего возраста. 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" следующие:

- В чистящей капсуле вместо воды используется лечебный экстракт.
- Наша полезная модель является многокамерной конструкцией, включающей 30 трубочек, которые обеспечивают эффективную очистку всех поверхностей зубов, включая межзубные промежутки.



- Основной функцией нашей модели является быстрое и качественное лечение гнойного воспаления ротовой полости.
- Использование чистящей капсулы представляет собой простой и одноэтапный процесс, доступный даже для детей.
- Её 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: "капы, соответствующей форме зубной борозды" и "ампулы для экстракта". Эти элементы соединены между собой и используются для очищения контактных поверхностей зубов (*facies contactus*), сохранения внутренней *ph* среды, нормализации эубиоза ротовой полости.

Ампула для экстракта – это специальный герметический сосуд, имеющий трубочку, через которую экстракт под большим давлением переходит в сосуды капы. Ампула может быть изготовлена из никеля или силикона. Объем



ампулы составляет 800 см³ и содержит 800мл жидкости. При однократном использовании расходуется 10 мл жидкости, что позволяет использовать ее около 80 раз. Жидкость подаётся из ампулы в виде аэрозоля, обеспечивая равномерное распределение и эффективную очистку. Капсула "Aerodent" предназначена для использования детьми после приёма пищи с целью сохранения целостности зубных рядов, уменьшения количества пищевых остатков и снижения уровня патогенных микроорганизмов в полости рта. Во время применения ребёнок надевает капю и нажимает на кнопку, активирующую подачу аэрозоля. Экстракт, выходящий под большим давлением, очищает зубы по направлению: на верхней челюсти — сверху вниз, на нижней — снизу вверх.

Цель исследования: Оценить эффективность модели "Aerodent" в профилактике и поддержании гигиены полости рта у детей, а также определить её отличие от существующих аналогов, таких как **Water Flosser (модель WP-660E2)** и **Dental Spa Water Floss Irrigator**, которые используются преимущественно в профилактических целях, но не предназначены для лечения заболеваний зубов и полости рта. В отличие от них, модель "Aerodent" предполагает более широкое функциональное применение и направлена также на сохранение здоровья зубочелюстной системы у детей.

Материал и методы. В ходе исследования применялась зубная капсула "Aerodent", которой могут пользоваться дети в возрасте от 4 лет. Устройство применяется после приёма пищи: надевается капю, нажимается кнопка подачи аэрозоля, в результате чего экстракт в виде мелкодисперсного аэрозоля равномерно распространяется по всей полости рта, включая межзубные промежутки и жевательные поверхности зубов.

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 от вида и состояния болезни определяется состав жидкости ампулы:

1. Отдельный экстракт для лечения стоматита.
2. Отдельный экстракт для лечения зубных поражений.
3. Отдельный экстракт для промывки и профилактики заболеваний 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, остроочаговом и распространенном гнойном воспалении, при кислотных и термических ожогах ротовой полости и у детей с не прорезывавшимися зубами.

Результаты исследований: В исследовании приняли участие 30 пациентов, регулярно использовавших капсулу "Aerodent". Из них 20 пациентов страдали от рецидивирующего стоматита и применяли капсулу с целью лечения, тогда как 10 пациентов использовали устройство исключительно в профилактических целях для поддержания нормальной микробиологической среды полости рта. У пациентов с частыми проявлениями стоматита в течение трёх месяцев после начала использования капсулы обострения заболевания не наблюдались, что указывает на выраженный положительный эффект средства. Пациенты, использовавшие капсулу в профилактических целях,



отметили комфорт в применении и отсутствие каких-либо осложнений или нежелательных эффектов, что свидетельствует о хорошей переносимости устройства и удобстве в повседневном применении

Вывод: В настоящее время одним из перспективных и доступных средств для быстрого, эффективного, безопасного и экономически целесообразного лечения и профилактики кариеса и стоматитов у детей и взрослых является чистящая зубная капсула "Aerodent". Устройство способствует созданию чистой микробиологической среды в полости рта, поддержанию здорового состояния зубов и слизистой оболочки. Использование капсулы обеспечивает ощущение свежести дыхания и чистоты, благодаря подаче аэрозоля с охлаждающим эффектом. В состав аэрозоля входят антибактериальные компоненты, подавляющие рост и развитие патогенной микрофлоры. Разработка защищена патентом: № FAP – 20190031.

БОЛАЛАР ТИШ ҚАТОРЛАРИ ОККЛЮЗИОН САТҲИДАГИ ЎЗГАРИШЛАРИНИ КЛИНИК БАҲОЛАШ ВА ДАВОЛАШ

*Рузиева Гавҳар Тохировна., Саидов Акбар Аҳадович
Бухоро давлат тиббиёт институти*

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 талаффуз қилиши ва косметик кўриниши бузилишига олиб келади. Алмашинув прикус даврида тиш-жағ тизими ўсиш ҳамда шаклланиш босқичида бўлади, шунинг учун ўз вақтида



бартираф этилган аномалия ва деформация симптомлари кейинчалик ўсишни нормализацияланишига олиб келади.

Илмий тадқиқотимизда 10-18 ёшли 155 нафар болалар орасида стоматологик текширишлар ўтказдик, улардан 120 нафари тиш қаторлари окклюзион сатҳида деформациялари бор болалар ва 35 нафари соғлом болалар. Улар Бухоро давлат тиббиёт институти “Стоматология маркази”га стоматологга даволаниш учун мурожат қилганлар. Тадқиқотга жалб этилган болаларнинг 57 нафари қизлар ва 63 нафари эса ўғил болалар ташкил этди. Барча текширилганлар тишловнинг шаклланиш давларига қараб ёш гуруҳлари шакллантирилди (1-расм). 1-гуруҳ-тишловнинг кечки алмашинув даври (10 - 13 ёш) 52 нафар болалар (йигитлар 28 ва қизлар 24 нафар); 2-гуруҳ-доимий тишлов даври (14 - 18 ёш) 68 нафар болалар (йигитлар 36 ва қизлар 32 нафар). Биз асосий гуруҳ болаларда тиш қаторларида супраокклюзия, инфраокклюзия, тишларни йўқотишга олиб келадиган маҳаллий ва умумий этиологик ҳамда патогенетик омиллар аниқладик. Муҳим эътибор тишларни қайси ёшда йўқотишига ва унинг оқибатида келиб чиқадиган морфологик ва функционал ўзгаришлар таҳлилидаги хусусиятларга қаратдик.

Тадқиқот натижалари – марказий тишлар симметриклиги бузилиши 11 нафар (9,6%), инфраокклюзия эса 24 нафар (21%) болаларда кузатилди. Текширувлар шуни кўрсатдики, 10 ёшдаги болаларда тиш кариеси тарқалиши ўртача 63,5% ни ташкил қилди. 13 ёшида - 62,7%; 15 ёшида - 47,8%, 18 ёшида – 41,4% ($p < 0.001$) ташкил этди.

Асосий гуруҳ болаларда гигиеник индекс 14-18 ёшли болалар гуруҳида энг юқори кўрсаткич 2,82 ни ташкил этди. Асосий гуруҳ болаларда пародонт тўқималарда папилла-маргина-альвеоляр индексининг қиймати ва Шиллер-Писаревнинг синамаси бўйича яллиғланиш ўзгариши, соғлом гуруҳнинг маълумотлари билан аниқ ва ишончли



фарқланади. Тиш қаторлари окклюзион сатҳда деформацияси мавжуд болаларда милк чўнтагидан қон кетиш белгиси аниқланди. Асосий гуруҳ болаларда тиш тошлари 72,6% да аниқланди. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, юзнинг физиологик баландлиги ўсишида энг юқори темп 14-18 ёшли соғлом ўғил болаларда кузатилди. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, юзнинг физиологик баландлиги ўсишида энг юқори темп 14-18 ёшли асосий гуруҳ болаларида кузатилди. 14-18 ёшли соғлом ўғил болаларда юзнинг физиологик баландлиги ўртача $19,11 \pm 1,15$ см (ўсиш темпи йўқ), қиз болаларда эса шу параметр ўртача $19,01 \pm 1,29$ см (ўсиш темпи -1,6 %) атрофида бўлди. Соғлом болаларда юзнинг морфологик баландлиги ўртача $12,31 \pm 0,71$ (ўсиш темпи - 1,01%), қиз болаларда эса ўртача $12,21 \pm 0,91$ (ўсиш темпи -1,21%) атрофида бўлди.

Компьютер томографиясида тишлов турига қараб бўғим бошчаси силжишнинг ўзаро боғлиқлиги таҳлил қилинди. Ортогнатик тишловли болаларнинг 20% да пастки жағ бўғим бошчаси силжиши ва 80 % да нормал марказий ҳолатда жойлашиши кузатилди. Дистал тишловли болаларнинг 71,4 % да пастки жағ бўғим бошчаси юқори ва орқа томонга силжигани, фақатгина 28,6 % да бўғим бошчаси марказий ҳолатда жойлашган. Чуқур тишловли болаларнинг 73,3 % да пастки жағ бўғим бошчасининг юқори ва орқага силжиган, 26,7% силжиш кузатилмади. Медиал тишловли болаларнинг 33,3 %да бўғим бошчасининг силжиши, 66,7 % да эса нормал ҳолатда бўғим бошчаси жойлашганлигини аниқладик.

Биз тавсия этадиган комплекс даволаш:

1. Кечки алмашинувчи тишлов - 10-13 ёш: жағлар муносабатини меъёрлаштириш учун миофункционал каппалардан, ҳамда миобрейслар ва окклюзион сатҳни нормаллаштириш учун каппалардан фойдаланиш, йўқотилган тишлар ўрни ацетал микропротезлар қўйиш.



2. Доимий тишлов - 14-18 ёш: жағлар муносабатини, антогонист тишларнинг меъерий ҳолатда жипслашишини таъминлаш учун олинмайдиган механик таъсир этувчи (брекетлар) ортодонтик аппаратлардан ва окклюзион сатҳни нормаллаштириш учун каппалардан фойдаланиш, йўқотилган тишлар ўрни ацетал микропротезлар қўйиш.

Парадонтнинг яллиғланиш касалликлари профилактикаси мақсадида Гингинорм табиий ўсимликлардан олинган воситадан кунига 3 маҳал 15-20 мин. овқатдан олдин чайқаш буюрилди ва асоратларни ривожланишига йўл қўйилмайди.

Хулоса- тадқиқот натижаларига кўра тиш қаторларидаги деформациялар болаларни ёш гуруҳига тўғри пропорционал равишда ортиши аниқланди. Болаларда тиш қаторларидаги окклюзион бузилишлари- марказий тишлар симметриклиги бузилиши 12 нафар (10%), инфраокклюзия 24 нафар (20%), супраокклюзия 18 нафар (15%), иккиламчи тишсизлик эса 20 нафар (16,67%) болаларда кузатилди. 10-18 ёшдаги болаларда тиш кариеси тарқалиши ўртача 68,7% ни ташкил қилди. Бунда, 10 ёшдаги болаларда тиш кариеси тарқалиши ўртача 63,5% ни ташкил қилди. 13 ёшида - 62,7%; 15 ёшида - 47,8%, 18 ёшида – 41,4% ($p < 0.001$) ташкил этди, кариес тарқалишининг энг катта ўсиши 10 ёшдан 13 ёшгача бўлган болаларда кузатилди. Моляр тишларни йўқотиш оқибатида келиб чиққан деформацияси бор болалар юзнинг физиологик баландлиги ўсишида энг юқори темп 14-18 ёшли асосий гуруҳ болаларда кузатилди. Юзнинг физиологик баландлиги ўсиши ўғил ва қиз болаларда энг юқори темп 14-18 ёшда аниқланди.

Юқорида биз тавсия этган даволаш усули базавий даволашга нисбатан 93,4% ижобий натижасига эришилди.



АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ РЕГИОНЕ.

*Рысбаева Ж.И., Казмагамбетова А.К., Каркимбаева
Г.А.,*

*Казахский Национальный университет имени Аль Фараби
Факультет медицины и здравоохранения
Кафедра стоматологии
Алматы, Казахстан*

Актуальность. Высохшее Аральское море в данное время характеризуется опустыванием его бассейна и сопровождается выносом 150 миллионов тонн соляной пыли, которая ведет к нарастанию негативных факторов для здоровья.

Для определения стоматологического статуса данного региона нами обследованы 500 детей в возрасте от 7 до 16 лет с региона Аральского моря. Кроме того, 200 детей г. Алматы составили сравнимую группу. Стоматологическое обследование проводилось общепринятыми методами. На каждого ребенка заполнялась карта ВОЗ.

Результаты исследования. Основное место в структуре стоматологической патологии у детей изучаемого региона занимает кариес и его осложнения, который выявлен у 95,8 % детей. В контрольной группе (г. Алматы) распространенность кариеса составила 75,0 %. При распределении детей , проживающих в регионе Приаралья, по степени активности кариеса по Т.Ф. Виноградовой (1987) отмечалось превалирование суб- и декомпенсированной форм кариеса во всех возрастных группах. В то же время у школьников г. Алматы были выявлены компенсированная и субкомпенсированная форма кариеса. Установлено, что во всех возрастных группах интенсивность кариеса у детей Кызылординской области была выше в 2,5 раза, чем в сравнимой группе (6,4 и соответственно 2,8). Довольно распространенной патологией явились заболевания пародонта у 82,6% (в контроле- 16%). Согласно классификации краевого пародонта у детей по Т.Ф. Виноградовой (1983) наиболее



часто у 39,5% выявлялся хронический катаральный гингивит, причем в 80,1 % случаев вследствие негигиенического содержания полости рта. В 42,3 % случаев выявлялся локализованный пародонтит как следствие при аномалиях положения зубов и прикуса, аномалий прикрепления мягких тканей полости рта, в частности мелкого преддверия.

Изучение частоты зубочелюстных аномалий показало, что у детей изучаемого региона превалировали аномалии положения зубных дуг (28,2%) и аномалии прикуса (32,7%) в совокупности. Высокая частота тяжелых форм зубочелюстных аномалий в основном связана с ранним удалением как молочных, так и постоянных зубов.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО И КАНДИДОЗНОГО СТОМАТИТА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЁМА

Садиева Дилдора Шухратовна

Бухарский государственный медицинский институт

Введение. Герпетический и кандидозный стоматит относятся к числу наиболее распространённых воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта, встречающихся в практике врача-стоматолога. В современных условиях увеличения числа иммунокомпрометированных пациентов, частого назначения антибиотиков и глюкокортикостероидов, наблюдается рост частоты как изолированных, так и смешанных форм этих стоматитов. Учитывая склонность к хронизации и развитию осложнений, представляется актуальным внедрение в амбулаторную практику комплексных терапевтических подходов, направленных на устранение как этиологических факторов, так и патогенетических механизмов воспаления.

Цель работы. Обосновать целесообразность применения комплексного подхода в лечении герпетического



и кандидозного стоматита в амбулаторной стоматологической практике на основании анализа данных научной литературы и клинических рекомендаций.

Материал и методы. Настоящая работа представляет собой обзор отечественных и международных публикаций, размещённых в базах PubMed, eLIBRARY, Google Scholar и др. Изучены современные схемы этиотропной терапии, применение антисептических и противовоспалительных средств, иммуномодулирующих препаратов, пробиотиков и методов профилактики рецидивов. Особое внимание уделено принципам дифференциальной диагностики и междисциплинарного взаимодействия при лечении данной группы пациентов.

Результаты и обсуждение. На основании обобщения данных научной литературы выявлено, что наиболее эффективным подходом к лечению герпетического и кандидозного стоматита в амбулаторных условиях является комплексная терапия, включающая этиотропные препараты, местные антисептики, а также иммуномодулирующие и восстановительные средства. Использование данной схемы позволяет добиться устойчивой ремиссии, значительно сокращает длительность болевого синдрома и ускоряет процессы репарации слизистой оболочки полости рта. Обсуждение поднимает вопрос о необходимости индивидуализации лечения с учётом иммунного статуса пациента, сопутствующих заболеваний и риска рецидива. Особое значение приобретают профилактические мероприятия, обучение пациента гигиене полости рта и коррекция факторов риска (например, отмена или замена медикаментов, вызывающих дисбиоз).

Выводы:

1. Комплексная терапия позволяет добиться более выраженного клинического эффекта, сокращения сроков эпителизации и уменьшения вероятности рецидивов.



2. Объединение системной и местной терапии с иммунокорригирующими средствами обеспечивает патогенетически обоснованное лечение, соответствующее современным требованиям доказательной медицины.

3. Амбулаторная стоматологическая помощь должна включать индивидуализированный выбор схемы лечения с учётом возраста пациента, иммунного статуса и сопутствующей патологии.

4. Применение комплексного подхода способствует не только восстановлению слизистой оболочки, но и улучшению общего качества жизни пациента.

ДЕМИНЕРАЛИЗАЦИЯ ЗУБОВ НА ФОНЕ ТОКСИКОЗА В 1-ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ.

Саидова Нилуфар Ахроровна, PhD

*Sai-nilufar@mail.ru Докторант кафедры Госпитальной
терапевтической стоматологии ТГСИ*

Актуальность исследования. Деминерализация зубов на фоне токсикоза в I триместре беременности обусловлена комплексом физиологических изменений, которые провоцируют значительные нарушения в минерализации твердых тканей зубов. Изменения кислотно-щелочного баланса в полости рта, вызванные частыми эпизодами рвоты и рефлюксом, приводят к снижению резистентности эмали к воздействию экзогенных кислот. На этом фоне наблюдается нарушение реминерализационных процессов, усугубляемое снижением буферной емкости слюны и ее протективных свойств[1].

Гормональные перестройки, характерные для I



триместра беременности, усиливают сосудистые изменения и влияют на метаболизм тканей периодонта и эмали. Эстрогены и прогестерон оказывают прямое воздействие на клеточные структуры эпителия и соединительной ткани, что способствует повышению проницаемости сосудов и снижению барьерной функции десневого эпителия. Иммуные изменения, такие как угнетение активности Т-клеток и снижение уровней sIgA в слюне, дополнительно создают условия для прогрессирования деминерализации зубов[4].

Научная и клиническая значимость изучения этой проблемы обусловлена отсутствием стандартизированных протоколов диагностики и патогенетического лечения деминерализации зубов, возникающей на фоне токсикоза. Ранняя диагностика, разработка профилактических мероприятий и подходов к патогенетической коррекции нарушений минерализации являются важными задачами современной стоматологии. Данная тема актуальна в контексте улучшения стоматологического здоровья беременных и профилактики осложнений у новорожденных, что требует дальнейшего изучения клинических особенностей течения и разработки эффективных лечебных алгоритмов.

Цель исследования. Определить клинические особенности деминерализации зубов на фоне токсикоза в I триместре беременности, установить патогенетические механизмы формирования нарушений минерализации, а также разработать методы лечения и профилактики, направленные на стабилизацию процессов реминерализации и снижение интенсивности патологического процесса.

Материалы и методы. В исследовании были использованы данные обследования 120 беременных женщин



в возрасте от 20 до 35 лет, находящихся в первом триместре беременности. Основную группу составили 80 пациенток с проявлениями токсикоза, а контрольную – 40 беременных без признаков токсикоза.

Клиническое обследование включало сбор анамнеза, анализ течения беременности и оценку соматического статуса. Стоматологическое обследование проводилось с использованием индексов DMFT для оценки степени поражения твердых тканей зубов и индекса ОНI-S для определения состояния гигиены полости рта. Для выявления зон деминерализации применялось витальное окрашивание эмали раствором метиленового синего.

Лабораторные исследования включали анализ состава слюны с определением уровня рН, буферной ёмкости, концентрации кальция, фосфатов, фторидов и секреторного иммуноглобулина А. Биохимический анализ крови проводился для измерения уровней кальция, фосфора и витамина D, что позволяло оценить системные изменения минерализационных процессов.

Инструментальная диагностика включала цифровую рентгенографию для визуализации зон деминерализации и лазерную флуоресценцию для оценки состояния эмали. Оптическая когерентная томография использовалась для анализа структурных изменений в эмали на участках деминерализации.

Лечение пациенток основной группы включало использование реминерализующих препаратов на основе гидроксиапатитов и кальций-фосфатных гелей, которые применялись в виде аппликаций. В дополнение к этому проводились курсы локальной фторпрофилактики с использованием лаков и гелей. Пациенткам назначались витамины и минералы, такие как кальций, фосфор и витамин



D, для коррекции системных нарушений минерализации.

Профилактические мероприятия включали профессиональную гигиену полости рта с удалением мягкого налета и рекомендациями по ежедневному уходу за зубами с использованием паст и ополаскивателей, содержащих фтор. Дополнительно были разработаны рекомендации по диете, обогащенной продуктами с высоким содержанием кальция и фосфора.

Для статистической обработки данных применялись методы описательной статистики и корреляционного анализа. Сравнение результатов между группами проводилось с использованием непараметрических тестов, включая U-критерий Манна–Уитни и χ^2 . Значимыми считались различия при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Клиническое обследование показало, что у беременных с токсикозом в I триместре частота деминерализации зубов составила 78,7%, что значительно превышает показатели контрольной группы (32,5%, $p < 0,05$). Основными проявлениями деминерализации в основной группе были меловидные пятна (52,4%) и локальная гипоплазия эмали (26,8%). Уровень pH слюны у пациенток основной группы был снижен до $6,2 \pm 0,3$, что подтверждает усиление кислотной среды вследствие токсикоза.

Лабораторные исследования выявили снижение концентрации кальция в слюне на 18,5% и фосфатов на 21,7% по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Буферная емкость слюны у беременных с токсикозом была ниже на 22,3%, что отражает ослабление минерализационных процессов. Уровень секреторного иммуноглобулина А был снижен на 15,6%, что указывает на угнетение местного



иммунитета.

Инструментальная диагностика с использованием лазерной флуоресценции продемонстрировала снижение интенсивности флуоресценции в участках деминерализации у пациенток основной группы. Данные оптической когерентной томографии подтвердили уменьшение толщины минерализованного слоя эмали и наличие структурных нарушений твердых тканей зубов.

Применение реминерализующих препаратов в основной группе способствовало восстановлению минерализации эмали у 68% пациенток. Использование фторсодержащих средств в сочетании с системной терапией, включающей кальций и витамин D, обеспечило снижение прогрессирования деминерализации и стабилизацию состояния твердых тканей. У пациенток контрольной группы значимых изменений не наблюдалось.

Полученные результаты демонстрируют значимость комплексного подхода к лечению и профилактике деминерализации зубов у беременных с токсикозом. Нарушение минерализационных процессов связано с изменением состава слюны, снижением буферной емкости и ослаблением местного иммунитета. Разработанные методы терапии и профилактики могут быть рекомендованы для широкого применения в клинической практике.

Заключение. Деминерализация зубов на фоне токсикоза в I триместре беременности является распространенным нарушением, связанным с комплексом патогенетических факторов[4]. Установлено, что снижение уровня рН слюны, уменьшение ее буферной емкости, снижение концентрации кальция и фосфатов, а также угнетение местного иммунитета способствуют развитию патологического процесса. Гормональные изменения и



системные нарушения минерализационного обмена усиливают влияние кислотного воздействия на эмаль, что проявляется высокой частотой меловидных пятен и локальной гипоплазией[2].

Применение комплексного подхода, включающего использование реминерализующих препаратов, аппликации фторсодержащих средств и системную коррекцию дефицита минералов и витаминов, позволило добиться стабилизации процессов реминерализации у большинства пациенток. Лабораторные и инструментальные методы диагностики подтвердили эффективность предложенной терапии, что нашло отражение в улучшении показателей состава слюны, восстановлении структуры твердых тканей зубов и снижении активности патологического процесса.

Предложенные методы профилактики, основанные на профессиональной и индивидуальной гигиене полости рта, диетических рекомендациях и системной поддержке минерализационных процессов, показали высокую эффективность. Выявленные клинико-лабораторные особенности и патогенетические механизмы развития деминерализации на фоне токсикоза обосновывают необходимость включения профилактических и терапевтических мероприятий в программы стоматологического сопровождения беременных.

Результаты исследования подтверждают целесообразность ранней диагностики и внедрения стандартизированных подходов к лечению и профилактике деминерализации зубов у беременных с токсикозом. Разработанные терапевтические алгоритмы могут быть использованы для оптимизации стоматологической помощи и повышения качества жизни пациенток в период беременности.



ОҒИЗ БЎШЛИҒИДАГИ АЛЬВЕОЛИТ КАСАЛЛИГИНИ САМАРАЛИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Хабибова Н.Н. Самадова Ш.И.,

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти

Долзарблиги. Бугунги куннинг замонавий тиббиётида юқорида баён этилган альвеолит касаллигини даволашда анъанавий усуллар билан бир қаторда ажойиб кўринишдаги лазер, озон терапияси, плазмотерапия каби инновацион технологиялар ҳам қўлланилмоқда. Ушбу тадқиқот ва янгича ёндашувлар замирида касалликни тез, аниқ ва самарали бартараф этиш, зарарланган тўқималарни қайта тиклаш ҳамда оғриқни минимал даражага тушириш мақсадлари мужассам эканлигини таъкидлаш муболаға бўлмайди.

Шунингдек, аҳоли орасида стоматологик гигиенага риоя қилиш даражаси пастлиги, тиш даволашдан сўнгги тавсияларга етарлича амал қилинмаслиги ҳам, альвеолит ривожланишига туртки бераётган муҳим омиллардандир. Шу боис, ушбу мавзунини чуқур ўрганиш ва самарали даво-олди чораларини такомиллаштириш бугунги кун талабларидан биридир.

Кириш сўзлар. *Экстракция, симптом, PRP-терапия, альвеолит Solcoseryl, Metrogyl Denta, Chlorhexidine.*

Бугунги кунда стоматология соҳасида қўлланилаётган жарроҳлик амалиётлари сони ортиб бормоқда. Айниқса, тишларни олиб ташлаш (экстракция) жараёнидан кейин юзага келадиган асоратлар орасида альвеолит кўп учрайдиган, оғриқли ва бемор учун ноқулай ҳолат ҳисобланади. Унинг вақтида аниқланмаслиги ва тўғри даво чоралари кўрилмаслиги ҳолатни янада оғирлаштиради, соғлом тўқималарнинг зарарланишига ва инфекция тарқалишига олиб келиши мумкин. Альвеолит - бу тортилган тиш бўшлиғидаги яллиғланиш касаллиги



ҳисобланади. Асосий симптом – милк бўшлиғида яллиғланиш жараёнининг кечикиши, қон ивишининг йўқлиги ва милк бўшлиғида кучли оғриқ. Бошқа аломатлар орасида кенгайган субмандибуляр лимфа тугунлари, оғиз бўшлиғидаги ёмон ҳид, тана умумий ҳолатининг ўзгариши, безовталиқ ва тана ҳароратининг 38°C гача кўтарилиши киради. Альвеолитнинг фан нуқтаи назаридан келиб чиққан ҳолатда асосий 3 та турини кўришимиз мумкин:

- Куруқ альвеолит – қон лаҳчаси йўқлиги сабабли сувсизланган, оғриқли жараён.
- Экссудатив альвеолит – яллиғланиш суюқлиги йиғилиши билан кечади.
- Некрозли альвеолит – тўқималарнинг чуқур шикастланиши ва ўлими кузатилади.

Ҳозирги кунда стоматология соҳасида альвеолитни даволашда анъанавий усуллардан ташқари, юқори самарага эга бўлган замонавий биотехнологик ёндашувлар кенг қўлланилмоқда.

Лазер терапияси – асосан лазер нурлари орқали яллиғланган тўқималарга таъсир этиш ва биостимуляция орқали тўқималарни қайта тиклаш жараёнини тезлаштириш. 2021 йилда Германияда ўтказилган тадқиқот (К. Braun et al.)га кўра, диод лазер қўлланган беморларда тўлиқ тузалиш 2 кунга тезлашган ва оғриқ даражаси 60% камайган. Бу даво муолажаси механизмида инфекцияга қарши кучли таъсир, қон кетишини камайтиради, шиш ва оғриқни тез бартараф этади.

Озон терапияси – озоннинг кучли антибактериал, вирусга қарши ва яллиғланишга қарши хусусиятларидан фойдаланиш. Италиядаги Pisa университети тадқиқотчиларига кўра, озон билан муолажа қилинган альвеолит ҳолатларида инфекция белгилари 48 соатда деярли йўқолган. Афзалликлари: табиий антисептик таъсир,



ҳеч қандай кимёвий препаратсиз даволаш, иммунитетни фаоллаштиради.

PRP-терапия (Platelet-Rich Plasma) – беморнинг ўз қонидан ажратилган тромбоцитларга бой плазмани яллиғланган жойга қўлаш. Ҳиндистонда 2020 йилда 60 нафар беморда ўтказилган тадқиқотда PRP терапияси қўлланган гуруҳда 4 кун ичида эпителизация жараёни 70%га яқинлашган. Ушбу усул тўқималарни қайта тиклашни тезлаштиради, организмнинг ўз табиий ресурсларидан фойдаланилади, аллергия реакция хавфи йўқ.

Биоактив материаллар (шифобахш геллар ва пасталар) орқали ҳам оптималлашган даво муолажаларини қўлаш ҳозирги кунга келиб янада оммалашиб бормоқда. Ушбу даволовчи воситаларга мисол қилиб Solcoseryl, Metrogyl Denta, Chlorhexidine кабиларни келтиришимиз мумкин. Булар орасида Solcoseryl пастаси қўлланган беморларда оғриқ 24 соатда 40–50% камайиши тажрибада аниқланган (Polish Journal of Oral Surgery, 2019). Бир қанча афзалликларга эга: яллиғланишни камайтиради, тўқималарнинг қайта тикланишини рағбатлантиради, фойдали бактериял муҳитни сақлайди.

Хулоса. Бундай технологиялар орқали яллиғланган тўқималардаги инфекция тез бартараф этилади, шиш ва оғриқ камаяди, тўқималарнинг регенерация жараёни эса анча тезлашади. Шу билан бирга, Корея ва Япония олимлари томонидан ишлаб чиқилаётган илғор молекуляр терапиялар ва генетик тадқиқотлар келажакда альвеолит ва бошқа оғиз бўшлиғи касалликларини бутунлай янги босқичда даволаш имконини беради.

Хулоса қилиб айтганда, замонавий даволаш усуллариининг клиник амалиётдаги кенгайиб бориши



стоматология соҳасини юқори сифат босқичига олиб чиқмоқда. Илмий асосланган, индивидуал ёндашувга эга ва минимал инвазив технологиялар шифокор ва бемор учун энг мақбул ечим сифатида шаклланмоқда.

ДИАГНОСТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ КОРНЯ ЗУБА

*Самандаров Н.О., Мухторжонов Н.Т., Кучкарова Г.А.
Кафедра терапевтической стоматологии
«БГМУ им. Абу Али Ибн Сино». Бухара.*

Цель исследования. Выявление вертикальной трещины корня в клинической практике и определение факторов, позволяющих проводить дифференциальную диагностику с другими стоматологическими заболеваниями.

Материалы и методы. Обследованы 114 пациентов у которых определены паталогические изменения в преапикальной области. Проведены клинко-стоматологические и клинко-функциональные исследования. 42 пациентам поставили диагноз вертикальной трещины корня и направили к хирургу на удаление, где диагноз был подтверждён.

Результаты исследования. Пациенты предъявляли жалобы на болевые ощущения при накусывании. В ходе инструментального обследования выявлялась положительная реакция на вертикальную перкуссию, а также наличие узкого пародонтального кармана в области поражённого зуба.

При исследовании слизистой оболочки вокруг области зуба с вертикальной трещиной корня у 8(7%) больных обнаружен свищевой ход. При прицельном рентгеновском снимке у 23 пациентов обнаружены линии, характерные трещинам в области корней. Среди больных с вертикальной



трещиной корня у 100% было проведено эндодонтическое лечение исследуемого зуба и у 13(31%) из них были анкерные и индивидуальные штифты.

Вывод. Обобщая вышесказанное, мы пришли к выводу, что вертикальная трещина корня не всегда сопровождается формированием свищевого хода и зачастую остаётся невыявленной прицельным рентгенографическим исследованием. В большинстве случаев причиной возникновения вертикальной трещины корня являются врачебные ошибки, в частности — чрезмерное усилие при конденсации гуттаперчи или избыточное расширение корневого канала в процессе эндодонтического лечения.



ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАСТИТЕЛЬНОГО ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ АСЕПТА

Тайлакова Дилдора Ибрагимовна

PhD, доцент кафедры терапевтической стоматологии.

БухГосМИ: Узбекистан, Бухара.

[*taylakova.dildora@bsmi.uz*](mailto:taylakova.dildora@bsmi.uz)

[*https://orcid.org/0000-0001-6412-4748*](https://orcid.org/0000-0001-6412-4748)

Турсунова Гулноза Жамшидовна

Базовый докторант, ассистент кафедры патологической

физиологии. БухГосМИ: Узбекистан, Бухара

[*tursunova.gulnoza@bsmi.uz*](mailto:tursunova.gulnoza@bsmi.uz)

[*https://orcid.org/0000-0002-1990-1488*](https://orcid.org/0000-0002-1990-1488)

Аннотация. Хронический генерализованный катаральный гингивит (ХГКГ) у пациентов с бронхиальной астмой характеризуется устойчивым воспалительным процессом в тканях пародонта, что усугубляется особенностями основного заболевания. Нарушения местного иммунитета и постоянное воздействие ингаляционных глюкокортикостероидов способствуют изменению микробиоты полости рта, увеличению образования зубного налета и снижению резистентности слизистой оболочки. Эти факторы осложняют течение гингивита и повышают риск рецидивов.

Ключевые слова: хронический катаральный гингивит, бронхиальная астма, растительные ополаскиватели, пародонтология, комплексная терапия, индекс гигиены полости рта.



Введение.

Стандартные схемы лечения ХГКГ включают профессиональную гигиену полости рта и местную противовоспалительную терапию, однако у пациентов с бронхиальной астмой эффективность таких методов снижается. В условиях необходимости минимизации лекарственной нагрузки и предотвращения обострения астматического статуса особое значение приобретает использование препаратов с мягким воздействием на слизистую оболочку.

Включение ополаскивателя Асепта на растительной основе в комплексную терапию гингивита рассматривается как потенциально эффективная стратегия. Такие средства обладают антисептическими и противовоспалительными свойствами, а добавление фторида позволяет одновременно контролировать кариесогенную микрофлору. Оценка клинической эффективности и безопасности этих средств у пациентов с бронхиальной астмой остаётся недостаточно изученной.

Цель исследования. Оптимизация комплексной терапии и профилактики хронического генерализованного катарального гингивита у пациентов с бронхиальной астмой путём включения в лечебный протокол растительного ополаскивателя Асепта актив для полости рта.

Материал и методы. Проведено исследование эффективности комплексной терапии хронического генерализованного катарального гингивита у пациентов с бронхиальной астмой с использованием ополаскивателя Асепта на растительной основе. В исследовании участвовали 40 пациентов в возрасте 18–28 лет с подтверждённым диагнозом хронического генерализованного катарального



гингивита. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (n=20) получала стандартную терапию в сочетании с ополаскивателем, группа сравнения (n=20) — только стандартное лечение.

Результаты Применение ополаскивателя Асепта способствовало сокращению сроков купирования воспалительного процесса до $6,7 \pm 0,67$ дня против $9,2 \pm 1,38$ дня в группе сравнения ($p < 0,05$). Через 6 месяцев наблюдений в основной группе отмечено достоверное улучшение индексов гигиены полости рта (ОНИ-s = $0,49 \pm 0,15$) по сравнению с группой сравнения (ОНИ-s = $1,70 \pm 0,30$). Рецидив гингивита в основной группе не зафиксирован, в то время как в группе сравнения рецидив наблюдался у 25% пациентов. Аллергические реакции и побочные эффекты при использовании ополаскивателя не зарегистрированы.

Заключение. Полученные данные подтверждают клиническую эффективность и безопасность включения растительного ополаскивателя Асепта в комплексную терапии хронического гингивита у пациентов с бронхиальной астмой. Включение растительного ополаскивателя Асепта в комплексную терапию хронического генерализованного катарального гингивита у пациентов с бронхиальной астмой способствует значительному снижению воспалительных процессов, улучшению гигиенических показателей и снижению частоты рецидивов. Результаты подтверждают целесообразность использования растительных ополаскивателей как эффективного дополнения к стандартной терапии.



IMMUNOBIOCHEMICAL MARKERS IN PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS

*Turaeva Feruza Abdurashidovna
Bukhara state medical institute*

Relevance. According to German dental implantologists, coronavirus infection may play a role in damage to the oral mucosa. As a result of this infection, herpes, gingivitis, periodontitis and stomatitis can develop. This condition is associated with a decrease in the immune system. According to the latest published data, experts noted that oral cavity cells have a high expression of APF-2, comparable to lung tissue cells (Maret Khashieva; Park., Roberts et.al.2020).

Clinical signs of upper respiratory tract infection in patients infected with coronavirus: fever, cough, shallow and short breathing, nasal congestion, nasal discharge, loss of sense of smell and taste, sore throat, itchy throat, sneezing, hoarseness of voice, dry cough and copious sputum. In addition, muscle pain, diarrhea and abdominal pain are bothering. Most often, the disease proceeds bypassing mild symptoms, viral pneumonia develops, causing insufficiency of all vital organs. The principles of early diagnosis, prevention and special treatment of inflammatory diseases of the oral cavity in patients with coronavirus infection have not been fully developed (Tuichiev L.N., Almatov B.I., Matnazarova G.S., Mirtazoev O.M., 2020; Kamkina E.G. et al., 2020).

88 patients with a diagnosis of oral cavity disease (generalized periodontitis) were selected for immunological studies. Depending on the severity of the coronavirus infection, 3 groups were formed: group 1 - patients with mild COVID-19, group 2 – patients with moderate severity and group 3 - patients with severe severity. The control group consisted of 20 conditionally healthy people.



IL-17A synthesis in blood serum was significantly increased in all groups of patients with generalized periodontitis compared with the control group (6.1 ± 0.47 pg/ml - control). However, peak values of IL-17A synthesis were found in patients of the second (11.9 ± 0.43 pg/ml) and third groups (11.7 ± 0.56 pg/ml) (the first 1.77 times, the second 1.95 and the third 1.91 times) ($P \leq 0.05$).

A comparative analysis of IL-17A concentrations in the blood serum and oral fluid of patients with generalized periodontitis revealed a significant difference in all three groups of subjects ($P < 0.05$). The difference in the concentration of IL-17A in blood serum and oral fluid in the first group of mild degree revealed an increase of 1.83 times in the LC, 2.02 times in group II and 2.05 times in the examined group III, respectively ($P < 0.05$). No significant difference was found in the control group (Table 4.1).

In a comparative analysis of the groups examined with diseases of the oral mucosa, the highest level of antibodies to GAD was detected in the first group, which amounted to 18.4 ± 6.60 pg/ml, which was 2.19 and 1.80 times higher than the indicators of the second and third groups ($P \leq 0.05$).

The level of antibodies to GAD in the third group tended to increase its concentration compared to the subjects of the second group with diseases of the oral mucosa, an increase of 1.21 times (Fig. 4.11). It should be noted that in two patients with an almost 20-fold increase in the level of antibodies, antibodies to GAD were detected.

All clinical and laboratory signs of type 2 diabetes mellitus were revealed by subsequent examination methods. These patients refused to be diagnosed when collecting anamnesis and had not previously been observed by an endocrinologist. Newly diagnosed diabetes mellitus is the most common complication of the treatment of coronavirus infection on the background of



glucocorticosteroids.

The purpose of studying the activity of superoxide dismutase in serum and oral fluid in patients with periodontitis is to study the activity of COD in serum and oral fluid in patients with periodontitis in the post-ovarian period, to determine the role of oxidative stress in the formation of periodontal diseases.

Results. When analyzing the activity of serum superoxide dismutase (COD) in patients with generalized periodontitis, a significant decrease in its concentration was found by 1.63 times in the first group of patients with mild covid with an average value of 1079.1 ± 80.4 pg/ml compared with the control group (1763.3 ± 13.5 pg/ml ($P < 0.05$)). In the second and third groups, there was a tendency to decrease COD activity compared to the control group, the difference in which was 1.25 and 1.08 times, respectively.

The level of COD in the patients' oral fluid was also studied. It was found that the levels of this enzyme decreased in all groups compared to the control group, but the difference in indications was not significant. The most reduced level of superoxide dismutase was detected in the group of patients with a mild form of SOVID-19, that is, in group 1 it was 107.9 ± 7.4 pg/ml.

A comparative analysis of the indicators of COD activity in the blood serum and oral fluid of patients revealed a significant difference in all three groups of examined patients. In the first group, the difference in COD levels in blood serum and oral fluid was 10.1 times, in group 2 - 12.5 and in the third group - 11.05 times, respectively ($P < 0.05$).

Conclusion. Thus, the study showed that the level of oxidative stress in the blood serum and oral fluid in periodontitis is also high. But this was more evident in group 1, that is, in patients with mild coronavirus infection. This result may be related to the characteristics of the virus, the synergistic effect of



age, sexual and genetic factors, the addition of comorbid pathology and secondary bacterial infection. Tissue damage occurs due to an excessive inflammatory reaction in the bacterial membrane, which leads to an increase in reactive oxygen species (ROS) by leukocytes.

ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СОВМЕСТНО С ДИАБЕТОЛОГАМИ

Фозилова У.К. Хабибова Н.Н.

Бухарский государственный медицинский институт

Лечение больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области (ЧЛО) на фоне сахарного диабета (СД) является трудной задачей для врачей-клиницистов/5/. Трудность лечения объясняется взаимным отягощением инфекции и диабета, возникает «порочный круг», что и усугубляет течение обоих процессов.

В основу нашей работы положен анализ результатов комплексного обследования и лечения 70 больных с воспалительными заболеваниями ЧЛО с сопутствующим СД: инсулинзависимым (СД I типа) – 38 и инсулиннезависимым (СД II типа) – 32 больных. При поступлении в клинику всем больным по необходимости проводили клинко-лабораторные, микробиологические, рентгенологические и иммунологические исследования.

В литературе существуют различные мнения в отношении готовности больного СД при экстренных хирургических вмешательствах. Некоторые авторы /1, 3, 4/ считают, что предоперационная подготовка при экстренных хирургических вмешательствах должна быть направлена на устранение кетоацидоза и снижение гипергликемии с



продолжительностью подготовки не более трех часов. Основным принципом экстренного хирургического лечения гнойно-воспалительного процесса ЧЛО заключался в широком рассечении полости гнойника, эвакуации гноя, максимальном удалении некротических тканей, обработки гнойной полости раствором антисептиков с дальнейшим ее дренированием. При лечении интоксикации была проведена дезинтоксикационная терапия, которая заключалась в блокировании и нейтрализации токсического фактора, связывании его белком и выведении его из организма. По показаниям было проведено парентеральное введение различных жидкостей, в первую очередь – белковых препаратов (кровь, плазма, протеин, альбумин, гамма-глобулин и др.). Одновременно, с целью уменьшения интоксикации, назначалось большое количество жидкости: гемодез, реополиглюкин, физиологический раствор, 5 % раствор глюкозы с инсулином из расчета 1 ЕД на 4г глюкозы. Общеукрепляющая и стимулирующая терапия обязательно включала использование витаминов В1, В6, В12, С.

В литературе имеются данные результатов местного применения различных фармакологических, биологических, гормональных, белковых, а также антибактериальных препаратов при лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями ЧЛО на фоне СД/2,3/. Принцип местного лечения заключается в том, что введение лекарственных веществ непосредственно оказывает влияние на скорость биохимических и гистохимических реакций в ране, тем самым ускоряя или замедляя процессы очищения раны, регенерацию тканей и формирование рубца. Исходя из этого, нами были применены протеолитические ферменты, тиосульфат натрия, антикоагулянты, инсулин, перманганат калия, физиотерапия, различные мази. Для ускорения



регенеративных и обменных процессов использовались протеолитические ферменты (трипсин, химотрипсин, химопсин) и ферменты микробного происхождения. С целью нормализации гемодинамики в системе микроциркуляции в очаге воспаления проводилось введение антикоагулянтов.

По данным Кулешова Е.В./2/, 1 мл гноя инактивирует 10-15 ЕД инсулина. Исходя из этого, мы применяли инсулин местно на рану. Необходимость местного применения инсулина обусловлена тем, что в раневой ткани имеется дефицит инсулина вследствие его разрушения протеолитическими ферментами микробов. Все сказанное позволяет заключить, что у всех больных при лечении вышеуказанными методами ускорялась фаза гидратации и наблюдался ранний период перехода процесса в фазу дегидратации. Отмечалось быстрое уменьшение и исчезновение воспалительных явлений, очищение ран от некротических тканей, раннее появление грануляции и эпителизации.

Успех лечения больных с гнойно-воспалительными процессами на фоне СД во многом зависит от коррекции углеводного обмена, для которого требуется правильное введение нужного вида и дозы инсулина в зависимости от компенсации диабета. До развития гнойно-воспалительных процессов 35 больных (50%) получали инсулин различных видов, 24 больных (34,29 %) принимали таблетированные сахароснижающие препараты (манинил, диабетон, букарбан и др.), 7 больных (10 %) применяли сахароснижающие препараты в таблетках с инсулином, а у 4 больных диабет был впервые диагностирован в нашем стационаре и лечение проводилось инсулином.

СД I типа и СД II типа был диагностирован на основании анамнеза, клинических и биохимических анализов крови, а также с помощью определения С-пептида в сыворотке крови.



СД I типа был у 38 больных (18 мужчин, 20 женщин), СД II типа – у 32 больных (10 мужчин, 22 женщины). При поступлении в стационар у 12 больных диабет был компенсирован, у 30 – субкомпенсирован и у 28 диабет был декомпенсирован. У 8 больных общее состояние расценено как тяжелое, у 22 – средней тяжести, а у 40- состояние было расценено как удовлетворительное. Однако среди больных СД I типа в большинстве случаев общее состояние было расценено как тяжелое и средней тяжести, что и подтверждалось результатами иммунологических исследований. Всем больным этой группы под местной анестезией была произведено вскрытие гнойных очагов.

В настоящее время в процессе лечения больного с гнойным заболеванием при СД уже нельзя руководствоваться одной необходимостью решения чисто хирургических проблем, связанных с устранением источника, путем вскрытия и дренирования. Компенсация диабета у больных, получавших малые дозы инсулина короткого действия, отмечалась стабильностью, снижение уровня глюкозы крови у них проходило плавно, а у больных, получавших пролонгированную большую дозу инсулина, отмечены выраженные колебания глюкозы крови и компенсация диабета не стабильна. При оценке показателей числа Т-лимфоцитов в результате применения дробно малых доз инсулина короткого действия нами было отмечено достоверное его повышение как у больных СД I типа, так и у больных СД II типа по сравнению с показателями, которые наблюдались при применении пролонгированной большой дозы инсулина.

Таким образом, результаты лечения больных с гнойно-воспалительными процессами ЧЛО на фоне СД с применением малой дозы инсулина короткого действия в комплексной терапии имеет большие преимущества перед пролонгированной дозой инсулина. Эти преимущества



выражались в равномерной стабилизации компенсации диабета за короткие сроки (24-36 часов), плавном снижении уровня глюкозы крови, значительном повышении числа Т-лимфоцитов и их функциональной активности, а также в значительном улучшении общего состояния больных. В связи с этим удавалось быстрее выводить больных из стадии декомпенсации диабета, у них ускорилось заживление гнойных ран, что способствовало снижению сроков нахождения больных в стационаре в среднем на 4-5 суток у больных СД I типа и на 5-7 суток у больных СД II типа.

Наши наблюдения показали, что характер течения гнойно-воспалительных процессов ЧЛО у больных с СД в значительной степени зависит от сниженной иммунореактивности организма. Причем течение гнойно-воспалительных процессов и состояние иммунитета находятся в прямой зависимости от типа, компенсации и тяжести течения СД. Применение в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными процессами ЧЛО на фоне СД малых доз инсулина короткого действия и иммунокорректирующей терапии привело к быстрой компенсации диабета и повышению иммунитета, а это в свою очередь способствовало более быстрому очищению гнойных ран от некротизированных тканей, что нашло свое отражение в улучшении результатов лечения данной категории больных. Гнойно-воспалительный процесс ЧЛО у больных СД протекает значительно тяжелее при декомпенсированном СД, в прямой зависимости от нарушения иммунного статуса. При лечении больных данной категории необходимо определить форму СД и его компенсации, так как именно от этих причин и состояния иммунитета зависят исходы лечения.



НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЕМА.

Хабибова Н.Н., Расулов Ж.Б.

*Бухарский государственный медицинский институт
Кафедра терапевтической стоматологии.*

Цель исследования – изучение взаимного влияния врачей и их пациентов на формирование терапевтического союза.

Материалы и методы. Нами было проведено анкетирование пациентов, обратившихся за стоматологической помощью, в учебно-стоматологическом центре Бухарского государственного института. Анкетирование проводилось анонимно. В анкетировании участвовало 100 пациентов в возрасте от 18 лет и старше.

Результаты исследования и обсуждение. Из опрошенных пациентов более половины респондентов (72%) составили женщины. Это подтвердило известный факт, что женщины более внимательны к состоянию полости рта, нежели мужчины. Анализ возрастной структуры населения показал, что наибольший удельный вес (84%) приходился на возраст до 50 лет. Проанализированные данные о социальной структуре контингента обратившегося населения показали, что основная доля (56%) падает на лиц, занятых преимущественно интеллектуальным трудом – служащих.

На вопрос: «Отчего зависит доверие пациента к врачу?» абсолютное большинство респондентов (73%) отметили важность мнения пациентов, прошедших лечение у этого врача ранее. Немаловажное впечатление на пациентов, по данным опроса, оказывают дипломы и сертификаты врачей, подтверждающие профессионализм специалиста. Абсолютное большинство считает значимым и возраст врача. По мнению опрошенных, наибольшее доверие вызывают у



них врачи в возрасте от 30 до 45 лет, обосновывая это наличием уже накопленного опыта, но при этом отсутствием «усталости» врача, то, что психологи называют Синдромом эмоционального выгорания врача. Многие пациенты считают не менее значимым выражение глаз врача (57%) и интонацию его голоса (55%). Пациенты отмечали расположение к врачу, имеющему открытый взгляд и внимательно вглядывающемуся в глаза пациента. Такое поведение врача подчеркивало, по мнению опрошенных, сочувствие доктора, желание сделать все, чтобы помочь. По результатам опроса три четверти респондентов готовы, не задумываясь, выполнять команды врача в случае, если врач вызывает у пациента доверие. Они не хотят даже напрягаться и принимать то или иное участие в выборе вариантов лечения и чаще всего предпочитают самостоятельный выбор врачом наиболее рационального решения. 15% опрошенных считают необходимым обсуждать варианты лечения с близкими людьми и просят «отсрочки». Очень серьезным компонентом в формировании доверительных отношений между пациентом и врачом в стоматологической клинике оказалось умение врача отвлечь внимание больного во время диагностических и лечебных процедур от дискомфорта и боли. Это было отмечено практически большинством пациентов (67%). По данным нашего исследования боязнь перед стоматологическим вмешательством испытывают большинство пациентов (82%), причем каждый четвертый из них связывает этот страх с предшествующим негативным стоматологическим опытом. 3% опрошенных отмечают полученные травмы лица и любое вмешательство в челюстно-лицевой области знаменует для них страшную боль.

Выводы. Результаты проводимого лечения зависят как от ответственности врача к добросовестному выполнению



всех лечебно-диагностических мероприятий, так и от компетентности пациента – степени соответствия между его поведением и рекомендациями, полученными от врача. Подводя итог вышесказанному, необходимо отметить, что строить свои отношения с пациентами, основываясь на этих принципах, очень непросто, потому что каждый человек – это целый мир противоречий, который за короткое время первичной беседы должен понять врач, принять все во внимание, и выбрать в сложившейся клинической ситуации наиболее рациональный вариант построения диагностического и лечебного процесса.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ КАРИЕСА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ГОРОДА БУХАРЫ.

Хабибова Н.Н., Солижонов С.Ш.

Бухарский государственный медицинский институт

Кафедра терапевтической стоматологии

Цель исследования: повышение эффективности терапевтической помощи пациентам детского возраста путем изучения структуры заболеваемости кариесом и его осложнениями.

Материалы и методы. Нами был проведен ретроспективный анализ статистических форм отчетности работы детского отделения государственных стоматологических медицинских организаций г. Бухары за 2023-2025 года. Рассматривались показатели, отражающие количество зубов, вылеченных по поводу кариеса, а также его осложнений (пульпит, периодонтит).

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было



установлено, что за 2024 год по поводу кариеса и его осложнений в обследованных поликлиниках было вылечено 8222 зубов. При этом количество зубов, леченных по поводу кариеса составило 5775 (70,2%), по поводу пульпита – 2395 зубов (29,1%), периодонтита – 52 зуба (0,7%) (см. таблицу 1)

Таблица 1

Количество вылеченных зубов по поводу кариеса и его осложнений

Вылечено зубов по поводу		
Кариеса	Осложненного кариеса	
	Пульпит	Периодонтит
5775	2395	52
	2447	

Отмечается относительно низкая обращаемость (0,7%) по поводу такого серьезного осложнения кариеса, как периодонтит, способного привести к утрате зуба. Однако в целом процент распространенности осложненного кариеса остается довольно высоким (см рис. 1).



Рис. 1. Процентное соотношение частоты встречаемости кариеса и его осложнений.

Вывод. Таким образом, выявлено преобладание количества зубов, вылеченных по поводу кариеса над



количеством зубов, вылеченных по поводу его осложнений. Такое соотношение говорит о достаточной эффективности работы детских отделений стоматологических медицинских организаций г. Бухары. В то же время необходимо принимать меры, направленные на уменьшение распространенности осложненного кариеса путем внедрения программ первичной профилактики стоматологических заболеваний, включающих регулярное посещение стоматолога, обучение гигиене полости рта, эндогенное и экзогенное использование препаратов фтора, стоматологическое просвещение в организованных детских коллективах.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕРПЕТИЧЕСКОГО СТОМАТИТА У ДЕТЕЙ.

Хабибова Н.Н., Разикова Д. К.

Аннотация. В статье изучены эпидемиологические и иммунологические особенности рецидивирующего герпетического стоматита (РГС) у детей с аллергическими заболеваниями. Исследуются факторы, влияющие на рецидивы РГС, и инновационные подходы к лечению. Результаты показали, что индивидуализированные протоколы лечения с применением иммуномодуляторов снижают частоту рецидивов вируса на 40%. Статья подчеркивает важность применения новых подходов в лечении и профилактике РГС.

Целью исследования: являлось выявление и оценка клинических, иммунологических, медицинских и социальных аспектов аллергических заболеваний у детей с рецидивирующим герпетическим стоматитом и на их основе разработать критерии ранней диагностики и прогноза данной патологии.



Методы исследования. Были применены медико-социальные, клинико-лабораторные, функциональные и статистические методы исследования.

Объектом исследования явились 240 детей в возрасте от 1 до 7 лет, проживающих в сельских районах Бухарской области и страдающих аллергическими заболеваниями.

Предметом исследования послужили слюна, сыворотка крови и результаты анкетирования.

Результаты исследования подтверждены применением в научном исследовании современных теоретических методов и подходов, методологически правильных исследований, достаточным количеством больных; использованием современных методов, на основе взаимодополняющих клинических, биохимических, иммунологических и статистических методов, особенностей разработки патогенетической терапии рецидивирующего афтозного стоматита. Также были сопоставлены результаты зарубежных и отечественных исследований, заключения и полученные результаты были подтверждены полномочными структурами.

Выводы: В статье анализируются особенности рецидивирующего герпетического стоматита у детей с аллергическими заболеваниями и инновационные подходы к его лечению. В исследовании изучался риск рецидива ТГС у детей и его иммунологические механизмы. Согласно результатам, индивидуальные протоколы лечения и применение иммуномодуляторов снижают рецидивы вируса на 40%. В статье также подчеркивается необходимость внедрения новых подходов к лечению и профилактике, которые будут способствовать улучшению общего состояния здоровья детей. Для эффективного лечения ТГС важно учитывать иммунологические параметры и индивидуальные потребности пациента.



ИССЛЕДОВАНИЕ ОПТИЧЕСКОЙ ПЛОТНОСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА С ПОМОЩЬЮ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Хамитова Фируза Артыковна
Бухарский Государственный медицинский институт
Доцент кафедры хирургической стоматологии E-mail:
xamitova.firuza@bsmi.uz

Актуальность. Вопросы диагностики расстройств височно-нижнечелюстного сустава остаются актуальными в современной стоматологии. Ортодонтическое лечение, тотальные реставрации с использованием прочных и жестких материалов, а также отсутствие полноценной диагностики приводят к возникновению у пациентов дисфункции ВНЧС. Согласно исследованиям различных авторов, от 40 до 75% взрослого населения имеют данную патологию [2,5]. Височно-нижнечелюстной сустав – самый сложный из всех в человеческом теле, что обусловлено многообразием и объемом движений, наличием диска, парностью, отсутствием костного соединения.

Оба сустава и мышцы работают слаженно до тех пор, пока имеется определенная гармония, которая поддерживается в том числе за счет компенсаторных возможностей организма человека до определенного момента. При возникновении факторов, нарушающих равновесие и возможную компенсацию, появляются расстройства ВНЧС [1]. Для диагностики заболеваний ВНЧС используются различные методы: ультразвуковое исследование (УЗИ), конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), рентгенография. МРТ, КЛКТ, рентгенография позволяют визуализировать анатомическое строение ВНЧС: оценить форму и симметричность головок, состояние



костной ткани, размеры суставных щелей, но не учитывают функциональное состояние сустава.

Преимущества КЛКТ: уменьшенная доза лучевой нагрузки на пациента, быстрое получение изображения, высокое пространственное разрешение, возможность различных полей обзора.

Особенность КЛКТ заключается в том, что первичное объемное изображение формируется за один оборот излучателя и детектора, что закономерно приводит к значительному снижению дозы лучевой нагрузки на пациента. При КЛКТ лучевая нагрузка на пациента составляет 40-120 микрозиверт (мкЗв). Для сравнения: естественный природный фон радиации составляет примерно 1000 мкЗв в год, а предельно допустимой для жизнедеятельности человека величиной фона считается 5000 мкЗв в год.

Цель работы. Исследовать оптическую плотность правой и левой головок ВНЧС у пациентов с сохраненными зубными рядами.

Материалы и методы. Был проведен анализ 34 компьютерных томограмм пациентов (n=34) с сохраненными зубными рядами. У всех пациентов по томограммам наблюдалась относительная симметричность расположения головок нижней челюсти в суставных ямках и однородность структуры костной ткани головок. КЛКТ проводилась на томографе "VATECH" (Южная Корея) с программным обеспечением Ez3D-plus. По томограммам оценивалась минеральная плотность головок височно нижнечелюстных суставов. Для оценки минеральной плотности был выбран центр головки сустава (рис. 4). Измерения проводились в центре головки сустава с помощью виртуального инструмента "Bonedensity", в области размером 4,5 мм на 5 мм, при толщине среза 0,0 мм, сопоставимой с размером вокселя.



Выводы. У пациентов, с сохраненными зубными рядами и относительной симметричностью расположения головок ВНЧС, не выявлено значительной разницы в значениях оптической плотности правой и левой головок ВНЧС. Полученные данные немного отличаются от данных ранее проведенных исследований, что может быть связано с использованием различных определений оптической плотности.

ПРОФИЛАКТИКА КАРИЕСА У ДЕТЕЙ С ПОМОЩЬЮ ГЕРМЕТИЗАЦИИ ФИССУР

*Мирсалихова Фируза Лукмоновна,
Хамроева Дилафруз Шукуровна*

*Ташкентский государственный стоматологический институт
Бухарский государственный медицинский институт*

Введение. Несмотря на развитие науки и технологий, кариес остается основной проблемой стоматологии. У детей и подростков кариес преимущественно развивается в естественных углублениях молочных и постоянных моляров - ямках и фиссурах. Формирование кариозной полости возможно еще до полного прорезывания зуба [Maslak et al., 2000]. При отсутствии профилактических мероприятий в течение двух лет после прорезывания моляров, признаки деминерализации эмали фиссур, или образование кариозной полости выявляются у 70–85 % пациентов. В структуре КПУ у 12–15-ти летних подростков до 95 % удаленных зубов приходится на первый постоянный моляр. Однако единого подхода к профилактике кариеса жевательных поверхностей не выработано. Различными авторами предлагаются дифференцированные подходы в зависимости от возраста, индивидуальных особенностей строения зубов, степени минерализации, интенсивности кариеса и других факторов [Naumova et al., 2014].

Цель работы. Провести сравнительный анализ



современных подходов к профилактике кариеса жевательной поверхности моляров у детей и подростков с точки зрения доказательной медицины. Проанализировать оценку эффективности использования стеклоиономерных цементов и композитных герметиков с и без использования адгезивных систем и фторлака.

Материал и методы. Для достижения целей работы мы провели поиск публикаций в базах данных Cochrane, Medline и PubMed за период с 2020 по 2021 г. В поиск включали систематические обзоры, метаанализы и рандомизированные клинические исследования по ключевым словам «герметики фиссур - fissure sealants», «ямки и фиссуры - pit and fissure», «стеклоиономерный цемент – glassionomer cement, GIC», «методика ART-ART technique». Всего было проанализировано 400 работ. Работы были сгруппированы по изучаемым признакам. Сходные данные при адекватности условий объединялись для анализа. Основные критерии для анализа включали общую ретенцию материала в различные сроки, частоту развития кариозного процесса в случае утраты герметика.

Результаты и обсуждение. В большинстве работ сообщается о клинической эффективности и экономической целесообразности герметизации фиссур. Экономический эффект от профилактики кариеса методом герметизации фиссур особенно выражен в странах с высокой распространенностью и интенсивностью кариеса. «Золотым стандартом» в настоящее время считается герметизация фиссур композиционными герметиками. Эффект данного способа герметизации обусловлен микромеханической ретенцией материала после кислотного протравливания эмали. Ретенция материала усиливается при использовании адгезивных систем [Martignon et al., 2017]. При этом Yengopal и Mickenautsch подчеркивают, что только уровень ретенции материала нельзя приравнивать к его клинической эффективности, поскольку не установлено прямой



зависимости между ретенцией материала и прогнозом развития кариеса в будущем [Mickenautsch, Yengopal, 2016]. Однако большинство авторов соглашается, что в условиях повышенной влажности (неполное прорезывание зуба, отсутствие раббердама) предпочтительным является использование стеклоиономерных цемента.

Показано, что при нанесении композиционных герметиков, использование адгезивных систем увеличивает сроки ретенции, не оказывая в тоже время существенного влияния на уровень поражения кариесом в случае утраты покрытия. Предпочтительно использование классических адгезивов etch and rinse- с кислотным травлением, чем самопротравливающих адгезивов, обеспечивающих меньший уровень ретенции на сроках 24–48 месяцев [Botton, 2016]. Также герметизация фиссур способствует стабилизации кариозного процесса на ранних стадиях, останавливая деминерализацию под слоем герметика. Использование фторлака (геля) совместно с герметизацией не оказывает влияния на ретенцию материала и поражение кариесом в случае его утраты, однако увеличивает концентрацию фтора в ротовой жидкости и уменьшает прирост кариеса на гладких поверхностях зубов. Выделение фтора стеклоиономерными цементами выше, чем композитными герметиками. Аппликации только фторлака (геля) не оказывают существенного профилактического влияния на развитие кариозного процесса в ямках-фиссурах [Paglia, 2016].

Выводы:

1. Герметизация фиссур является самым эффективным методом профилактики кариеса жевательной поверхности моляров.
2. Экономический эффект герметизации фиссур подтверждается многочисленными исследованиями и особенно выражен в странах с высокой распространенностью и интенсивностью кариеса.
3. Герметизация фиссур способствует стабилизации



кариозного процесса на ранних стадиях.

4. В полностью прорезавшихся зубах, несмотря на то, что использование композитных герметиков считается «золотым стандартом», возможно использование стеклоиономерных цемента, предпочтительно высокой вязкости, однако данный вопрос по-прежнему требует дальнейшего изучения.

5. При нанесении композиционных герметиков использование адгезивных систем увеличивает сроки ретенции герметика, предпочтительно использование классических адгезивов с кислотным травлением, чем самопротравливающих адгезивов.

7. Фторлак эффективен только в профилактике кариеса гладких поверхностей зубов.

МОДИФИКАЦИЯ АДГЕЗИВНОГО ПРОТОКОЛА АДГЕЗИВНОЙ СИСТЕМЫ ПЯТОГО ПОКОЛЕНИЯ

Хасханова Л.М., Разумова С.Н.

Аннотация. В стоматологической практике основным критерием эффективного лечения является адгезионная прочность материалов. В наше время качественная фиксация материалов достигнута благодаря эволюции адгезивных систем. Несмотря на то, что адгезивные системы развиваются быстро, каждое поколение имеет ряд своих достоинств, а также недостатков, над которыми необходимо работать.

Вопрос оптимизации адгезивных систем не до конца изучен и требует дальнейшего изучения и совершенствования.

Цель исследования. Оценить силу адгезии соединения реставрационного композитного материала с твердыми тканями зуба в зависимости от применяемого адгезивного протокола.

Материалы и методы. В процессе подготовки к эксперименту зубы случайным образом разделили на 2 равные группы по количеству применяемых адгезивных



протоколов. Образцы группы 1 обрабатывали по протоколу No1 с использованием увлажняющего агента. Образцы группы 2 обрабатывали по протоколу No 2, с использованием антисептической жидкости. Образец адгезионного соединения «композит-зуб» помещали в дистиллированную воду и выдерживали в термостате при температуре $(37,0\pm 1,0)^\circ\text{C}$ в течение 24 часов. Испытания адгезионной прочности на сдвиг подготовленных образцов проводили на универсальной испытательной машине «SYNTHEZ 5»

Результаты. подготовка поверхности тканей зуба перед реставрацией с использованием различных адгезивных протоколов повышает силу адгезии, что влияет на качество и долгосрочность реставрации. Введение в адгезивный протокол увлажняющей или антисептической жидкости повышает силу адгезии.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО АППАРАТА TWIN BLOCK ПРИ ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДИСТАЛЬНОГО ПРИКУСА У ДЕТЕЙ.

*Шадлинская Рамида Вагиф гызы,
доктор медицинских наук, доцент.
Азербайджанский медицинский университет, Кафедра
ортодонтии, Баку, Азербайджан.*

E-mail: r.shadlinskaya@yahoo.com

*Адрес учреждения: 1022, Республика Азербайджан,
г. Баку, улица Бакиханова, д. 23.*

Введение. Аномалия прикуса II класса по классификации Энгля (дистальная окклюзия) относится к числу наиболее распространённых зубочелюстных аномалий и характеризуется дистальным положением нижней челюсти по отношению к верхней. Этиология данной патологии многофакторна и включает как генетически обусловленные, так и приобретённые факторы, воздействующие на развитие



и рост челюстно-лицевой области. Согласно эпидемиологическим исследованиям, дистальный прикус встречается у 15–30% населения, при этом его распространённость варьируется в зависимости от региона, этнических особенностей и методологии диагностики.

Тактика лечения дистального прикуса определяется возрастом пациента и выраженностью скелетных изменений. В период активного роста возможно использование функциональных аппаратов для модификации роста (например, Twin Block, Frankel, Herbst, Bionator), которые стимулируют рост нижней челюсти и улучшают окклюзионные взаимоотношения.

Целью нашего исследования является оценка влияния функционального аппарата **Twin Block** на цефалометрические параметры зубочелюстной системы при лечении дистального прикуса.

Материалы и методы. Исследование включало 23 пациента со скелетным классом II в возрасте от 10 до 15 лет, не получавших ранее ортодонтическую помощь. В контрольную группу (группа I) вошли 13 пациентов со скелетной окклюзией по II классу и скученностью зубов верхней зубной дуги, без признаков синдромных и системных заболеваний (средний возраст $12,5 \pm 2,3$ года). Основную группу (группа II) составили 10 пациентов со скелетной окклюзией по II классу, которые не получили ортодонтическое лечение (средний возраст $11,2 \pm 2,5$ года). В основной группе использовался функциональный аппарат **Twin Block**. При составлении плана ортодонтического лечения учитывались степень выраженности деформации, возраст пациента, степень сужения верхней челюсти, а также выраженность нарушения взаимного расположения челюстей, связанного с недоразвитием нижней челюсти как в сагиттальном, так и в трансверсальном направлениях. Продолжительность лечения составила от 1,2 до 1,5 лет. По завершении лечения пациентам были установлены



вакуумные ретейнеры для закрепления и поддержания достигнутых результатов. Эффективность лечения оценивалась с помощью сравнительного цефалометрического анализа боковых телерентгенограмм, выполненных до и после лечения. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке и дисперсионному анализу.

Результаты. Цефалометрический анализ боковых телерентгенограмм после лечения в основной группе продемонстрировал достоверное увеличение длины нижней челюсти (Co-Gn: +3,36 мм, $P < 0,01$), её переднего смещения (Pg-N perp FH: +2,64 мм, $P < 0,001$) и угла SNB (+2,74°, $P < 0,001$). Уменьшение угла ANB (-1,88°, $P < 0,001$) и показателя WITS (-2,0 мм, $P < 0,001$) свидетельствует о коррекции скелетного класса II. Изменение угла SNB составило $1,20^\circ \pm 0,15$ в контрольной группе и $2,71^\circ \pm 1,65$ в исследуемой группе, что свидетельствует об эффективном переднем смещении нижней челюсти под воздействием аппарата. Наблюдались значимые изменения контуров мягких тканей: верхняя губа сместилась кзади на $-2,32 \pm 1,39$ мм ($P < 0,001$), способствуя улучшению профиля лица. Наиболее заметное изменение отмечалось в изменениях параметра передней высоты лица N-Me, значение которого увеличилось в среднем на 4,54 мм по сравнению с контрольной группой ($P < 0,001$). Эти изменения объясняются влиянием аппарата **Twin Block** на вертикальное развитие нижней челюсти. Относительно стабильные показатели угла GoGnSN на фоне увеличения вертикального размера лица могут показаться противоречивыми. Скорее всего, это связано с параллельным движением нижней челюсти вниз и назад. При этом угол не меняется, но увеличивается передняя высота лица. Наличие статистически значимого увеличения параметров N-ANS, ANS-Me и N-Me можно считать нормальным, поскольку пациенты находились в периоде роста. Увеличение длины основания черепа SN соответствовало нормальным



процессам роста и развития в обеих группах. Мы полагаем, что основным фактором этого является аппозиция костной ткани в области точки Nazion. Причиной небольшого уменьшения угла SNA в первой группе стала задержка роста верхней челюсти под действием Twin Block.

Выводы. Таким образом, нами была проведена комплексная оценка эффективности лечения зубочелюстных аномалий II класса по классификации Энгля с использованием ортодонтического функционального аппарата **Twin Block**. Выбор данного функционального аппарата был обусловлен его способностью стимулировать мезиальный рост нижней челюсти. В результате мезиального смещения нижней челюсти относительно основания черепа и верхнечелюстной кости были достигнуты соотношения первых моляров по I классу по классификации Энгля, нормализация межокклюзионных контактов, герметизация полости рта и улучшение пропорций и профиля лица.

ИЗМЕНЕНИЯ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА ПОД ВЛИЯНИЕМ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И СПОСОБЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ширинова Х.Х.

*Бухарский государственный медицинский институт,
кафедра терапевтическая стоматология.*

e-mail: shirinovah@mail.ru

Резюме: В статье описаны результаты клинического исследования течения патологических процессов в тканях пародонта у пациентов с избыточной массой тела. В исследовании приняли участие 124 пациента с хроническим пародонтитом, из них 65 пациентов имели избыточную массу тела и составили основную группу.

Цель исследования заключается в повышении эффективности комплексного лечения воспалительных



заболеваний пародонта у пациентов с избыточной массой тела.

Ключевые слова: пародонтит, ожирение, метаболический синдром, избыточная масса тела.

PERIODONTAL TISSUE CHANGES UNDER THE INFLUENCE OF OVERWEIGHT AND WAYS TO PREVENT THEIR COMPLICATIONS

Shirinoва Н.Н.

Bukhara State Medical Institute, Department of Therapeutic Dentistry. e-mail: shirinovah@mail.ru

Summary: The article describes the results of a clinical study of the course of pathological processes in periodontal tissues in overweight patients. 124 patients with chronic periodontitis participated in the study, 65 of them were overweight and made up the main group.

The aim of the study is to increase the effectiveness of complex treatment of inflammatory periodontal diseases in overweight patients.

Key words: periodontitis, obesity, metabolic syndrome, overweight.

Актуальность исследований. Актуальность изучения влияния избыточной массы тела на состояние пародонта не вызывает сомнений в свете увеличения числа пациентов с ожирением, что Всемирная организация здравоохранения называет глобальной эпидемией. На сегодняшний день более 39% взрослого населения страдают избыточным весом, что приводит к ухудшению состояния ротовой полости, в частности, пародонтальных тканей [1]. Избыточная масса тела значительно усугубляет воспалительные процессы в пародонте, что усложняет лечение и приводит к более частым рецидивам [2]. Необходимость разработки новых терапевтических подходов, учитывающих специфику лечения хронического генерализованного пародонтита (ХГП) у пациентов с ожирением, является важной задачей современной стоматологии [3].

Современные литературные данные свидетельствуют о



том, что существует этиопатогенетическая взаимосвязь между ожирением и заболеваниями пародонта [1].

Жировая ткань является мощным эндокринным органом, находящимся в состоянии так называемого асептического воспаления. Жировые клетки, выделяют целый ряд гормонов, цитокинов, провоцирующих развитие воспалительных заболеваний, имеющих общие патофизиологические основы с ожирением и пародонтитом [3]. Существует тесная взаимосвязь между ожирением и воспалением, которая отражается концентрацией в плазме крови С-реактивного белка (СРБ) [4].

В исследовании Boucher N.E., Hanrahan J.J. и Kihara F.Y. в 1967 году была показана связь между СРБ в сыворотке крови воспалительными заболеваниями полости рта. Последние данные показали, что у пациентов с различными формами пародонтита имеется повышенный уровень СРБ. Но они не показывают, что пародонтит был причиной наблюдаемых уровней СРБ в сыворотке крови [5].

Недавние исследования показывают, что гормон лептин, первоначально известный своим воздействием на регулирование массы тела, метаболизм и функцию воспроизводства, так же может быть частью некоторых воспалительных заболеваний путем воздействия на врожденный и приобретенный иммунный ответ. Дефекты в экспрессии гена производства лептина или его рецепторов (генный диабет) могут стать причиной крайней степени ожирения [5].

Цель исследования заключается в повышении эффективности комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта у пациентов с избыточной массой тела.

Материалы и методы исследования. Обследованы 124 пациентов (из них 65 - с ожирением) в возрасте 25-55 лет (55±2,3 года), из них 45 женщин и 20 мужчин. Состояние тканей пародонта оценивали с помощью клинических



(определение глубины зубо-десневых карманов; степени рецессии десны Mulleman; индексов: гигиены Федорова-Володкиной, РМА, РВІ, СРІТN, Russel) и параклинических (ортопантомография) методов обследования и ультразвуковой денситометрии. Полученные данные были статистически обработаны.

Результаты исследования. По итогам анализа результатов клинического и рентгенологического исследования диагноз хронический генерализованный пародонтит (ХГП) был поставлен 93,3% пациентам. У пациентов контрольной группы ХГП был диагностирован только у 42,7% пациентов. При сравнении степени тяжести патологии пародонта в основной и контрольной группах при помощи корреляционного анализа получены достоверные различия между группами ($r=184,0$; $p<0,0001$).

Данные ультразвуковой денситометрии выявили обратную корреляционную взаимосвязь между клиническим диагнозом и показателями нарушений регионарного кровообращения тканей пародонта ($r=0,72$, $p=0,001$).

Выводы.

1. На основании анализа литературы и клинико-статистических исследований выявлена этиопатогенетическая взаимосвязь между тяжестью изменений в пародонте и ожирением.

2. Существует необходимость комплексного подхода в лечении и профилактике ожирения в сочетании с заболеваниями пародонта.

PREVENTION OF DENTAL DISEASES IN CHILDREN WITH DISABILITIES

Eronov Yo.Q.

Bukhara state medical institute

Relevance. According to scientists, gingivitis often passes without pain and can remain without treatment for many years.



The main cause of chronic gingivitis and parodontitis is an inflammatory infection process, which is considered to be non – specialized microorganisms in the oral cavity and their various manifestations (o.A.Sour Cream, L.N.Trip 2015). The effect of pathological changes in the microbiocinosis of periodont tissue on Oral hygiene in children with disabilities according to data in the literature until full sexual maturity in children, the body's immune defense is now beginning to form, and the presence of many caries foci of chronic infection in teeth, low levels of hygiene in the oral cavity lead to the development of

Purpose of the study:

Prevention of chronic catarrhal gingivitis, improvement of diagnostic and rehabilitation methods among children with disabilities on a global scale illarni scientific-research work is carried out in a number of priority areas through clinical and morphogenetic reasoning. To consider the specificity of pathogenetics affecting the origin of endogen and exogen causes affecting catarrhal gingivitis in this regard; taking into account the peculiarities of chronic catarrhal gingivitis in its clinical manifestations, it is important to develop an optimal scheme of treatment, prophylaxis and rehabilitation; to create mexaniz preventive measures aimed at preventing the disease, to improve the modern methods of reducing and eliminating complications of the disease is of great importance.

Results and analysis. In this section, we covered the peculiarities of the clinical course of chronic gingivitis in children of junior and middle school age. In 125 children of junior and high school age, SGG u was determined in $63,7 \pm 13,2\%$, SGG $12,6 \pm 1,3\%$, sag $1,1 \pm 0,5\%$, syg $0,7 \pm 0,03\%$. SKG at this age encountered 3 clinical forms in children of both groups: light, medium weight and heavy. In the 1st Group, which was in the period of taking pubertal, the mild form of SCG was determined in $0,7 \pm 0,03\%$ of cases, at this time $50,7 \pm 13,0\%$ in the 2nd Group, which was in the pubertal period, was determined in the child. The moderate-severe form was detected in $13,5 \pm 0,5\%$ of cases in



the 1-th group, in the 2 - TH Group-16,0±1,4% cases, the severe course was absent in the 1-th group, at this time in the 2-th group was 2,3±0,7. As can be seen from the data from Table 1, the chronic form of gingivitis in children is observed more often in the 2-TH Group at the age of pubertal, the bun is mainly ranked first by the frequency of SCG and ucrash, SGG is 19,9% in the second place, the remaining forms of HAG and HYAG are threeraydi, respectively: Hag 1,1±0,5%; 0,7±0,03%; 0,9±0,04%. 72 patients were selected for in – depth study of the specifics of the clinical course of SCG, the investigated children were divided into 2 Groups: 1 – 25 children of junior secondary age (7-10 years); 2-27 children of senior school age (11-14 years). The control group was organized by 20 children of the same age. Analysis of Table 2 shows that the clinical tests studied in children with SCG in both groups have worsened, but significant indicators were expressed in the 2-TH Group. Thus, the PMA index, which characterizes inflammatory processes in parodont soft tissues, is reliably high in Group 2 compared with Group 1 and is equal to 23.7±2.5% against 44.5±3.1% (1,9 times higher).

Conclusion. Additional means were used: flutes, toothpicks, dental elixirs, mouthwash, gum. However, the constant use of certain methods of oral cavity care, using various means when there are good skills, does not solve a complex problem, as well as profilactics of dental diseases. Therefore, individual hygiene was accompanied by a competent hygiene of the oral cavity.

CHANGES IN THE CARDIOVASCULAR SYSTEM ON THE ORGANS OF THE ORAL CAVITY IN CHILDREN WITH DISABILITIES

*Eronov Yoqub Quvatovich
Bukhara state medical institute*

Relevance of the study: The problem of cardiovascular diseases is one of the most important problems in pediatric practice due to the variety of clinical forms, the complexity of



diagnosis and treatment, as well as the predisposition to the formation of a heart defect (wool). Currently, heart defects are one of the main causes of childhood disability and death. According to modern concepts, heart failure in children is a progressive clinical and pathophysiological syndrome that occurs as a result of cardiac or extracardial causes, leads to characteristic symptoms (edema, respiratory failure, impaired physical development, inability to perform physical exercises) and is accompanied by hemodynamic changes, enters the Saras of structural restructuring of the heart, neurogumoral and molecular diseases.

The modern theory of the development of heart failure - neurogumoral - determines the main role in the activation of local or tissue neurogormones as a result of stretching of myocardial fibers or their damage. These mainly cover the sympathetic-adrenal system (SAT) and its effectors - angiotensin II and aldosterone, the renin-angiotensin-aldosterone system (Raas) and its effectors - angiotensin II and aldosterone, as well as the natriuretic peptide system (NPT) acting against it. The sympathetic-adrenal system is activated in the early stages of cardiac activity, due to autonomic balance, a deficiency is caused. Raas is then activated due to renal hypoperfusion due to low cardiac output and increased renin due to sympathetic stimulation of the kidneys. In the short term, these mechanisms adapt: the heart rate increases, blood pressure and cardiac output increase, thereby maintaining the blood supply to the organs. Over time, these reactions become incompatible, with long-term neurogormone hyperactivation leading to myocyte hypertrophy, apoptosis, fibroblast proliferation, interstitial collagen accumulation, myocardial remodeling, and decreased ability of cardiac ventricles to contract. Currently, the neurogumoral model is widely recognized and confirmed by the results of numerous studies, which are enzyme inhibitors that convert the heart to angiotensin (aafi), showing the survival of patients with heart failure as a result of neurogumoral unloading with angiotensin



receptors.

The main role in the mechanism of development of endothelial dysfunction is played by oxidative stress, strong vasoconstrictors (endoperoxides, endothelins, angiotensin II), as well as the production of cytokines and TNF- α , which suppress the production of NO. With prolonged exposure to harmful factors (hemodynamic overload, hypoxia, intoxication, inflammation), endothelial function is impaired and impaired, vasoconstriction, increased vascular wall elements, and thrombus formation are responses to general stimuli. Determining the importance of hereditary factors in the pathogenesis of heart defects and the development of gene technologies opens up great opportunities for predicting a heart defect and developing new approaches to its treatment. About 30% of patients with hereditary diseases have hereditary syndromes caused by chromosomes (Downa, Ternera, Di-Djordji syndrome) or gene mutations (Nunan, Alajilya, holta-orama syndrome). For the remaining 70% of patients with hereditary diseases, genes (dominant or recessive hereditary) that affect embryonic development and regulation of cardiovascular systems have been identified and studied in recent years. Mutations that alter protein function in one of these genes, under certain conditions, can lead to the appearance of various hereditary diseases. In addition, these genes play a role in regulating cardiac activity throughout life.

Conclusion. Genetic factors determine the response to drug therapy, which is important for the clinical course and treatment of heart defects. At the same time, the main mechanisms responsible for changes in the myocardium are related to polymorphism of the angiotensin-converting enzyme (AAF) gene, pathology of the dystrophin gene, and mutation of the actin gene. Polymorphisms in genes encoding proteins involved in drug metabolism, such as CYP450 liver enzymes, alter the response to a number of pharmacological agents used to treat heart defects.



ПРЕДХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ДЕТЕЙ С ВРГН С ПОМОЩЬЮ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ АППАРАТОВ.

Ядгарова Г.С., Ахмедов А.Б.

Врождённые расщелины губы и нёба (cheiloschisis) – это расщепление мягких тканей в средней части губы (разг. «заячья губа») и/или разрыв нёба (разг. «волчья пасть»). Этот тяжёлый порок развития челюстно-лицевой области сопровождается грубыми функциональными нарушениями. Кроме того, особенностью этой патологии является выраженная деформация носа в виде укорочения перегородки носа, уплощение кончика и крыльев носа.

Процесс коррекции врождённой расщелины губы и нёба и последующих этапов реабилитации часто усложняется разнообразной сочетанной патологией со стороны других органов, в частности нервной системы. Анатомические изменения челюстно-лицевой области приводят к стойкому функциональному дефекту во всех отделах голосо- и речепроизводства. Развивается тяжёлое речевое расстройство, ринолалия, при котором страдают все стороны речи: дыхание, голос, наблюдаются изменения в мышцах глотки, ротовой полости и лица, развивается патологическая артикуляция, нарушается фонематический слух.

Цель исследования.

Изучить зубочелюстные, речевые и двигательные нарушения у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба.

Материал и методы исследования

При выполнении данной работы использовались гипсовые модели, для получения параметров лица, также изготавливали obturators для детей с врожденными расщелинами губы и неба.

Результаты исследований. Таким образом,



исследование показали, что на основании комплекса исследований впервые проводился сравнительный анализ состояния и улучшение жизненного статуса у детей с врожденными расщелинами губы и неба с помощью временных силиконовых сосок и пластинок, было доказан положительный эффект. Впервые было проведено сравнительный анализ параметров верхней зубоальвеолярной дуги у новорожденных детей в периоде до и после использования предложенного obturator, влияние его на рост и развитие альвеолярного отростка. статистической обработкой данных.



КАРИЕСОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

*Якубова З.Х. к.м.н., доц., ¹Х.М. Гурезов, ²М. А. Постников
д.м.н., проф., ³Б.Б. Раджабзода*

*¹Кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии
Государственное Образовательное Учреждение
«Таджикский Государственный Медицинский
Университет им. Абуали ибни Сино», г. Душанбе,
Республика Таджикистан.*

*²Кафедра терапевтической стоматологии Федеральное
Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение
Высшего Образования «Самарский государственный
медицинский университет» Минздрава России, Самара,
Российская Федерация.*

*³Государственное Учреждение «Научно-клинический
институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии»
Министерства здравоохранения и социальной защиты
населения Республики Таджикистан, г. Душанбе,
Республика Таджикистан.*

Цель исследования. Изучить кариесологический статус детского населения в сельской местности.

Материал и методы. Обследованы дети и подростки 6; 12; и 15 лет (379 человек) в Районах Республиканского подчинения (РРП) Республики Таджикистан. Изучен кариесологический статус детей и подростков по индексным показателям кпу, КПУ, КПУ+кп. На каждого обследуемого ребёнка для учёта и анализа полученных результатов в ходе исследования, заводилась карта ВОЗ 2013 [модификация проф. Леуса П.А., 2013]. От родителей детей было получено информированное согласие на обследование.



Результаты исследования. Общее количество осмотренных составило 379 человек. 6-ти летние дети - 62 человека. Из них мальчиков 28/45,2%; девочек 34/54,8% и 16,4% от общего числа обследованных. Группа 12-ти летних школьников - 173 человека. Из них мальчиков 81/46,8%; девочек 92/53,2% и 45,6% от общего числа обследованных. 15-ти летние подростки- 144 человека. Из них мальчиков 68/47,2%; девочек 76/52,3% и 38,0% от общего числа обследованных. Средние данные распространённости и интенсивности кариозной болезни в зависимости от возраста и административного района проживания показали, что исследуемые показатели имеют ту же тенденцию, что и в целом по изучаемым сельским местностям. И статистических различий между сельскими поселениями не выявлено ($P \geq 0,05$). Распространённость кариеса зубов среди детей имела следующие значения: распространённость кариеса в 6 лет составила $79,3 \pm 2,2\%$, при интенсивности $5,06 \pm 0,14$, в 12 и 15 лет показатели распространённости составили $96,8 \pm 2,4\%$ и $99 \pm 1,2\%$, а интенсивности $4,63 \pm 0,13$ и $6,37 \pm 0,17$ соответственно. Наименьшая интенсивность кариеса зубов $4,63 \pm 0,13$ наблюдается в группе детей 12 лет, наибольшая $6,37 \pm 0,17$ у 15 летних подростков. Следовательно, наблюдается увеличение распространённости и интенсивности кариеса зубов с возрастом. Во всех возрастных группах (6,12,15 лет) высокая доля приходится на компонент «К»/ «к» $4,61 \pm 0,03$; $4,08 \pm 0,07$; $5,26 \pm 0,12$ соответственно.

Выводы. Выявлена прямая корреляционная связь распространённости и интенсивности кариеса зубов в зависимости от возраста. В тоже время оказание стоматологической помощи детям на селе находится на низком уровне.



**«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
СТОМАТОЛОГИИ»
МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**

25-26 апреля 2025 г.

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ