

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №2 (22)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ
ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 2 (22)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.

Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/б
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Узбекистон Мустакиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврұзов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ И ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВОТОКА**Назаров З.З., Назарова Ш.Х., Джахангирова Д.А.**

Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

Резюме. Повышенное сосудистое давление приводит к серьезным нарушениям в эндотелиальной системе и тоне гладких мышц во внутричерепных артериях. Поврежденный эндотелий, а также дисбаланс между ним и клетками крови способствует ишемии и локальному тромбообразованию. ГБ ведет к атеросклерозу, тем самым ведя к изменениям головного мозга, образованных во внутримозговых сосудах, приводящих к стенозу и эмболии. Соматические заболевания и состояние органов полости рта обусловлено сдвигом метаболических процессов, гемодинамических, микроциркуляторных, иммунологических и микробиологических звеньев. Гипертония приводит к повышению проницаемости эндотелия, которое непосредственно связано с микроциркуляцией зубочелюстной системы. В случаях ГБ и ИБС данной нозологии согласованного точного положения для осуществления имплантации не найдено.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, дентальная имплантация, кровообращение, полость рта.

DENTAL STATUS OF PATIENTS AND THE INFLUENCE OF HYPERTENSION ON FUNCTIONAL PARAMETERS OF BLOOD FLOW**Nazarov Z.Z., Nazarova Sh.Kh., Dzhakhangirova D.A.**

Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

Resume. Increased vascular pressure leads to serious disruptions in the endothelial system and smooth muscle tone in the intracranial arteries. Damaged endothelium, as well as an imbalance between it and blood cells, contribute to ischemia and local thrombus formation. Hypertension leads to atherosclerosis, thereby leading to changes in the brain, developing in the intracerebral vessels, leading to stenosis and embolism. Somatic diseases and the condition of the oral cavity are caused by shifts in metabolic processes, hemodynamic, microcirculatory, immunological, and microbiological factors. Hypertension leads to increased endothelial permeability, which is directly related to the microcirculation of the dental system. In cases of hypertension and coronary heart disease in this disease, a consistent, precise position for implantation has not been found.

Key words: arterial hypertension, dental implantation, blood circulation, oral cavity.

БЕМОРЛАРНИНГ СТОМАТОЛОГИК ҲОЛАТИ ВА ГИПЕРТЕНЗИЯНИНГ ҚОН ОҚИМИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ПАРАМЕТРЛАРИГА ТАЪСИРИ**Назаров З.З., Назарова Ш.Х., Джахангирова Д.А.**

Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент ш., Ўзбекистон

Резюме. Қон томирлари босимининг ошиши эндотелиал тизимда жиддий бузилишларга ва интракраниал артерияларда силлиқ мушакларнинг оҳанги ошишига олиб келади. Шикастланган эндотелий, шунингдек, у билан қон ҳужайралари ўртасидаги номутаносиблик ишемия ва маҳаллий тромб ҳосил бўлишига ёрдам беради. Гипертензия атеросклероз ривожланишига сабаб бўлиб, мия ичидаги ўзгаришларга олиб келади, интрацеребрал томирларда стеноз ва эмболиялар шаклланишини тезлаштиради. Соматик касалликлар ва оғиз бўшлигининг ҳолати метаболик жараёнларнинг силжиши, гемодинамик, микроциркуляция, иммунологик ва микробиологик омиллар таъсирида шаклланади. Гипертензия эндотелиал ўтказувчанликнинг ошишига олиб келади, бу эса тиши-жағ тизими микроциркуляцияси билан бевосита боғлиқдир. Ушбу касалликда, яъни гипертензия ва юрак-қон томир касалликлари мавжуд бўлган ҳолларда, тиши имплантациясини ўтказиши бўйича ягона, аниқ ва изчил ёндашув мавжуд эмаслиги аниқланди.

Калит сўзлар: артериал гипертензия, тиши имплантацияси, қон айланиши, оғиз бўшлиги.

Актуальность темы. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца (АГ и ИБС) достаточно часто встречаемая нозологическая единица, при которой определяются внушительными изменениями кровотока на периферии.

Данная патология сопутствует дисбалансу остеointegrации, при которой возникают осложнения: расхождение швов и кровоточивостью, возникновение гематом, в свою очередь, приводит к воспалительному процессу, секвестрам и ощущается подвижность ДИ до завершения протезирования [10].

Установлено, что при сахарном диабете возможно применение ДИ, но востребованны мероприятия на прогнозирование и предотвращение развития осложнений [3, 22 с.; 7, с.26-27; 12, с.21-26; 14, 30 с.; 15, 62 с.; 29, с.56-66; 33, с.13; 45, 200 с.; 57, 520 с.] Актуальным остается вопрос по поводу точных критериев применения ДИ и имплантологических методик при негативном воздействии АГ и ХИБС на процесс интеграции.

Цель работы: совершенствование профилактики и прогнозирование осложнений, возникающих после операции дентальной имплантации у пациентов с гипертонической болезнью.

Материалы и методы исследования:

Нами обследовано и прооперировано в поликлинике Хирургической стоматологии и дентальной имплантологии, а также в частной клинике «Тиш имплантация Маркази» 87 пациентов с анамнезом ГБ различной степени тяжести.

Наблюдались 53 лица мужского пола, что составило 60,9% и 34 женщин, которые составили 39,1% от общего числа. Им ввели 105 ДИ фирмы «Ostem system».

I группа группа наблюдения (ГН) – 31 пациентов с АГ I-II степени (группа наблюдения), седативная подготовка (новапассит), остеогенон, клексан, этоксиб.

II группа-группа сравнения (ГС) – 36 больных с Arterial Hypertension I-II степени (группа сравнения) по стандартному протоколу лечения.

III группа- (Control group (КГ) – 20 лиц с ВА без АГ.). Группы обследуемых представлены в таблице 1

Табл. 1

Характеристика пациентов обследуемых групп

Сопутствующее заболевание	Пациенты		Пол	
	n	%	men	woman
Артериальная гипертония I	31	35,63%	21	11
Артериальная гипертония II	36	41,38%	22	14
Контрольная группа				
	20	22%	10	
ИТОГО	87	919%		

Табл. 2

Постановка ДИ в отделах челюстей

	Правосторонний дистальный отдел	Передний (фронтальный)	Левосторонний дистальный отдел	Итого
upper jaw	18	19	14	51
lower jaw	17	16	21	54
TOTAL	35	35	35	105

При планировании настоящего исследования терапевтом было рекомендовано ДИ при Arterial Hypertension I-II. Не подключались к операции больные, имеющие в анамнезе АГ тяжелой степени, отказ такой категории больных основывался на полученных в процессе их обследования показателей.

Дифференцировка имеющихся атеросклеротических нарушений ССС и изменений ССК на дооперационном этапе проведен анализ по биохимическим параметрам кровяной жидкости:

1. Общий холестерин
2. Триглицериды
3. Холестерол липопротеинов низкой плотности
4. Холестерол липопротеинов высокой плотности

Основными исследовательскими группами считались пациенты, в анамнезе которых присутствовала сопутствующая патология ССС, поэтому измерялись гемодинамические показатели, а именно АД и ЧСС, на этапах: до, спустя 30 минут и после премедикации.

В практическом аспекте мы рекомендовали нашим пациентам пероральное применение Ново-пассит, 100 мл - флаконы темного стекла комплекте с мерным колпачком - из расчета: 1 мерный колпачок 3 раз в день за 5-7 дней до операции, этоксиб 30 мг в сутки № 2-3 дня как болеутоляющий, для коррекции АД. Остеогенон для минерализации костей и остеоинтеграции по 2 таб (1 табл содержит 830 мг) до и после операционном периоде, и клексан 4,0 мг подкожно 5 дней за 14 дней до операции.

Опыт нашей кафедры является достаточным для эффекта на центральную и периферическую нервную систему пациента. Обязательно, уточнялось, что обследуемый употреблял утром перед операцией препараты его индивидуальной схемы по назначениям кардиолога и терапевта. АД мерилось электронным сфигмоманометром UA - 200, компании A&D (Япония). До проведения премедикации пациенту рекомендовали передохнуть, затем измеряли показания на правой и левой руках, в случаях, когда показания различались, выписывалась их высокая цифра.

Ультразвуковая доплерофлоуметрия (УДФ) определяла состояние микроциркуляторного кровотока, как в мягких тканях, так и в твердых костях зону имплантационного ложа [25].

Микроциркуляция альвеолярных отростков челюстей проводилась по прибору Минимакс-Допплер-К, производитель «СП Минимакс», снабженный датчиками 25-5 МГц, самыми информативными на прослушивание глубины участка до 7-8 мм послужили датчики 20-25МГц. Сигнал, отображаемый от исследуемого участка с кровяного русла, имеет разные частотные показатели по доплеру. Отраженный сигнал становится сильнее, самофильтруется и вводится на монитор ноутбука, на котором срабатывает компьютерная программа, преобразованная Фурье, поступает на дисплей- спектрограммами с цветным спектром.

Обработанная доплерограмма имеет качественную и количественную картину. Просветная величина и вид сосуда дает свою картину доплерограммы. К примеру, крупная артерия при систолической скорости показывает остропиковое изображение кривой и прямую пологое изображение в диастолу сердечных сокращений. Если сосуд меньше размером, то более пологая кривая доплерограммы у диастолического ската и менее острая вершина максимальной точки систолы. Разноцветность спектрограммы: от ярко-красного - оранжевого - светло-желтого до белого зависит от суженности сосуда.

Анализ оценки тах. величины кровотока является количественным анализом, его осуществляли индексом Гослинга (PI), показывающий эластичу стенки сосудов

$$PI = \frac{JS - VD}{VM}$$

Результаты и обсуждения. Результаты были получены до и после седативной премедикации, через 30 минут от хирургической процедуры и в конце после завершения.

До начала премедикации в контрольной группе параметры усредненные АД: систолическое равнялось 122 ± 4 , диастолическое доходило до цифрового значения 80 ± 4 mm.rt.st, частота сердечных сокращений определялась 78 ± 6 уд/мин (рис.1).

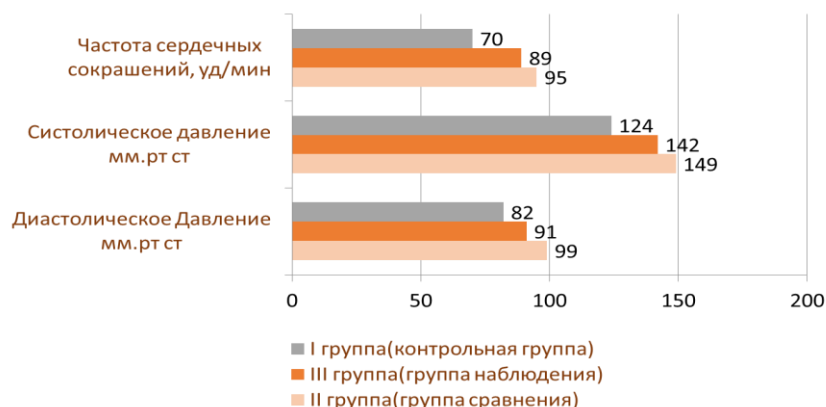


Рис.1 Усредненные данные артериального давления до мероприятий премедикации, (M±m)

Полученные результаты гемодинамики установили: ГБ – I st: сист.давление 143 ± 4 mm.rt.st., диаст.давление составило 92 ± 4 mm.rt.st; частота сердечных сокращений поднималось до величин: 87 ± 4 уд/мин. ГБ – II st: сист.давление 149 ± 4 mm.rt.st., диаст.давление составило 99 ± 5 mm.rt.st., частота ss поднималась до 94 ± 4 уд/мин. Показатель стат. значимости (P) $\leq 5\%$ в отличии А/Д КГ, и больше 5% цифр ЧСС. Применение седативной премедикации раствором реланиума улучшило значения функционирования ССС через несколько мин.

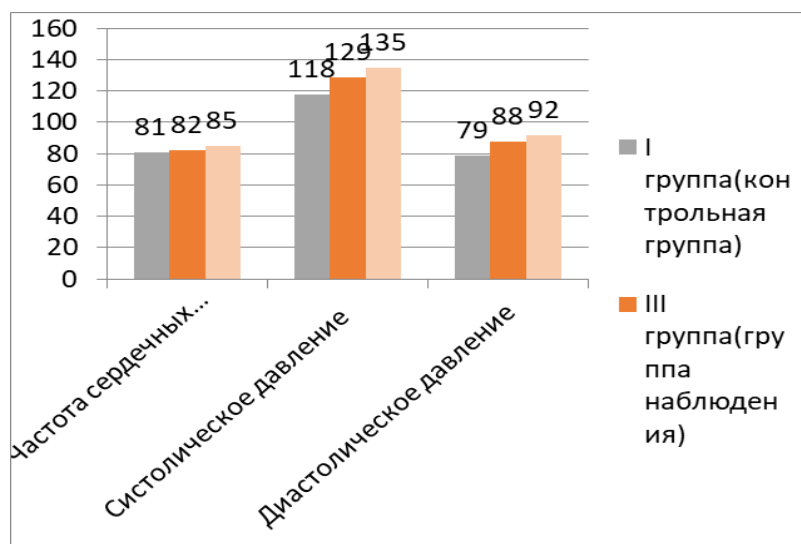


Рис.2 Средние показатели гемодинамики после проведения премедикации, (M±m, P)

Табл. 3
Гемодинамические показатели (усредненные) до проведения премедикации, (M±m, P)

ГБ	АД, мм рт. ст.		ЧСС, уд/мин
	Систолическое	Диастолическое	
I	142±3; P<0,05	91±3; P < 0,05	89±5, P >0,05
II	149±4; p < 0,05	99±5; P < 0,05	95±3, P > 0,05
III	*	*	*
КГ	124±5	82±3	79±7

P - уровень значимости по сравнению с контрольной группой

Табл. 4
Гемодинамические показатели (усредненные) до проведения премедикации, (M±m, P)

ГБ	АД, мм рт. ст.		ЧСС, уд/мин
	Систолическое	Диастолическое	
I	142±3; P<0,05	91±3; P < 0,05	89±5, P >0,05
II	149±4; p < 0,05	99±5; P < 0,05	95±3, P > 0,05
III	*	*	*
КГ	124±5	82±3	79±7

P - уровень значимости по сравнению с контрольной группой

В перечне лабораторных исследований для больных с ГБ и фоновой патологией актуальными исследованиями служат биохимические показатели крови: общий холестерин, ЛПНП и ЛПВП.

Выполнение цели исследования и хирургический этап потребовал определение свертываемости крови. В ситуациях с ГБ I и II ст. в 2 и 3 группах обследуемых показатель Общ.холестерина в крови равнялся 5,88±1,36; 6,24±1,12 и 5,45±1,46; 6,25±1,33 ммоль/литр (physiological norm). Гипертоническая болезнь III ст. у пациентов составил 6,24±1,23 и 6,72±1,31 ммоль/литр, цифровые значения превышают физ. норму. Данный факт свидетельствует о наличии процесса атеросклероза в сосудах. Контрольная группа ЛПНП имела значение 3,8±1,14ммоль/литр. Липопротеины высокой плотности у пациентов с исследуемой патологией выглядели таким образом: Гипертоническая болезнь I - 1,54±0,25 мм/литр; Гипертоническая болезнь I - 1,14±0,32 мм/л и Гипертоническая болезнь III - 1,09±0,28 мм/л. В КГ липопротеины ВП составили 1,92±0,41 мм/л.

Фракция ЛПВП проводит транспорт холестерина от органов и тканей к печени, где происходит утилизация фракции. По результатам наших данных, отмечалась активизация свертывающей системы крови и биохимические показатели крови в исследуемых группах, по сравнению с КГ получен свыше 15 Следует учитывать наличие тромбофилии, которое необходимо предусмотреть при проведении стоматологических мероприятий. По мониторингу остеинтеграции установлен факт удлинения сро-

ка в исследуемых группах по сравнению со значениями контрольной. На верхней челюсти показан 8 месяцев в отличие от 6 мес. у практически здоровых людей. На нижней челюсти - шесть мес.

Это положение очень ценно в вопросе понимания использования ДИ имплантации у пациентов с ГБ фоновой патологией ДИ-успешный метод стоматологической реабилитации, в результате которого полноценно восстанавливается жевательная и эстетическая функция.

Несмотря на преимущества, имеется опасность в состоянии здоровья пациента ввиду сопутствующей патологии, поэтому при планировании имплантологического лечения подходить необходимо с вниманием и осторожностью. Базируясь на наши данные, мы установили планировать ДИ в клинические ситуации ГБ первого и второго функционального классов.

Выводы. Доказано, о замедлении кровотока микроциркуляторного русла в зоне имплантационного ложа, что свидетельствует о негативном влиянии на процесс остеоинтеграции. Разработаны точные критерии для проведения ДИ, заключающиеся в возможности проведения имплантологического лечения лишь в ситуациях ГБ I и II степеней тяжести.

Список литературы:

1. Ахметзянов А. М. Совершенствование методов предоперационной диагностики и планирования ортопедического лечения дентальными имплантатами: Дис...к.м.н./ Казанский государственный медицинский университет.-2012.- 131 с.
2. Базилян Э. А. Принципы прогнозирования и профилактики осложнений при дентальной имплантации (клинико-лабораторное исследование): Дис... д.м.н./Московский государственный медико-стоматологический университет. - 2012.- 250 с.
3. Балуда И. В. Состояние тканей протезного ложа у больных с концевыми дефектами зубных рядов при лечении с использованием имплантатов: Дис...к.м.н./Центральный научно-исследовательский институт стоматологии.-2020.- 132 с.
4. Бизяев А.Ф. Обезболивание у больных с сопутствующей патологией при проведении операций в условиях стоматологической поликлиники: Автореф. дисс. ... д.м.н./ ММСИ им. Н.А. Семашко. - М., 2019 - 30 с.
5. Кулаков А.А. Гусева И.Е. Функционально-диагностическая оценка результатов зубной имплантации.// Новое в стоматологии.-М.-2017- №8 - с. 39-42
6. Кулаков А.А., Матвеева А.И., Сакварлидзе Л.П.Послеоперационные осложнения при зубной имплантации.// Стоматология (специальный выпуск) - Материалы III съезда СТАР. - 1996 - с. 62-63
7. Кунцевич Г.И. Ультразвуковая доплерография сосудов дуги аорты и их ветвей. Методические рекомендации. - Москва,1996. -20 с.
8. Курочкин А.П. Планирование окклюзии зубных протезов на имплантатах в зависимости от коэффициента плотности костной ткани.//Стоматология.-2004 г.- № 84(3)- с. 51-53
9. Логинова Н.К., Шарин Н.А., Лосев Ф.Ф., Состояние регионарного кровообращения в области одиночных имплантатов у больных пародонтитом. // Труды V съезда СТАР.- М., 1999.- с. 125-127
10. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни: Учебник.- Москва: Медицина, 1999 - С. 190-206, 230 - 243.
11. Малорян Е.Я. Применение внутрикостных титановых пластинчатых имплантатов в стоматологии: Метод, рек. - Москва, 1996. - 38 с.
12. Матвеева А. И. Комплексный метод диагностики и прогнозирования в дентальной имплантологии: Дис...д.м.н./Центральный научно-исследовательский институт стоматологии-1993-144 с.
13. Грицук, С. Ф. Анестезия в стоматологии [Текст] / С. Ф. Грицук. - М.: Медицинское информационное агентство. - 2018. - 304 с.
14. Khurana, R. Patient preferences for forms of address [Text] / R. Khurana, W. A. Ayer, C. J. Wilson // Northwestern Dental Research. - 2019. - N 7. - P. 11 - 13.
15. Kingon, A. Solving dental problems in general practice [Text] I A. Kingon H Aust Fam Physician. - 2019. - Apr. 38(4). -P. 211-216.
16. Kirch, W. Стоматогеннаетиология-навътрешнитеболести [Text] / W. Kirch, L. Fulmmang // Стоматолог. - Дрезден. — 2013. - Vol. 3. — P. 4 - 8.
17. Lee, J. Y. Sources of stress in female dentists [Text] / J. Y. Lee, W. A. Ayer // Northwestern Dental Research. - 2019. - N 9. — P. 13 — 20.

Для цитирования: Назаров З.З., Назарова Ш.Х., Джахангирова Д.А. Стоматологический статус пациентов и влияние гипертонической болезни на функциональные показатели кровотока // Вестник фундаментальной и клинической медицины. – 2026. – № 2(22). – С. 138–142. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18538235>